

**Behandlingsopplegg for unge  
voldsutøvere**

**Hva kjennetegner de som har et positivt  
utfall?**

Cathrine Lindheim Olsen



Masteroppgave i Pedagogisk allmenn studieretning  
Pedagogisk Forskningsinstitutt  
Det utdanningsvitenskapelige fakultet

**UNIVERSITETET I OSLO**  
**Høst 2006**

## SAMMENDRAG AV HOVEDOPPGAVEN I PEDAGOGIKK

**TITTEL:**

Behandlingsopplegg for unge voldsutøvere.

Hva kjennetegner de som har et positivt utfall?

**AV:**

Cathrine Lindheim OLSEN

**EKSAMEN:**

Master i Pedagogisk allmenn studieretning (PED 4390)

**SEMESTER:**

Høst 2006

**STIKKORD:**

- Voldelige barn og unge
- Likheter ved effektive behandlingsmetoder
- *Blueprints for Violent Prevention*

# Sammendrag av oppgaven

## Problemstilling

I denne oppgaven prøver jeg å besvare problemstillingene;

1. Hva kjennetegner effektive behandlingsprogrammer rettet mot voldelige barn og unge
2. Finnes det likhetstrekk/forskjeller mellom de programmene som har vist seg å ha effekt

Dette er en teoretisk oppgave, hvor jeg retter hovedfokuset mot behandlings- og forebyggingsprogrammer for voldelig barn og unge. Hovedvekten ligger på effektive behandlingsprogrammer som blir intervert etter vist eller manifestert voldsutøvelse.

Hovedfokuset mitt blir USA.

I tillegg til innledning og avslutning, består oppgaven av to hoveddeler.

## Kilder

Metoden er litteraturstudie hvor jeg redegjør for flere ulike perspektiver. Kildene jeg bruker har sitt utgangspunkt i sentrale forskere på feltet og relevante publikasjoner.

## Utgangspunkt for oppgaven

For å analysere de ulike effektive forebyggings- og behandlingsprogrammene er det nødvendig å gå mer detaljert inn på bakenforliggende teorier og forskning. Prosjektet *Blueprint for Violent Prevention* og de definerte modell programmene som finnes der, er utgangspunktet for min drøfting.

Situasjonen i Norge har de siste årene vist en økning i antall voldsepisoder hos barn og unge. I USA hadde man på slutten av 1990-tallet en "voldsepidemi". Denne epidemien viste seg gjennom drap og skyting i skolene, drive-by skyting og lignende. Drapene som ble begått på Columbine i 1999, hvor to studenter drepte 12 elever og såret 23, var starten på prosjektet *Blueprint for Violent Prevention*. Prosjektet hadde som mål å identifisere effektive forebygging og behandlings programmer.

Risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer er sentrale elementer som må kartlegges forut for en intervensjon. Det er ulike risikofaktorer som er sentrale avhengig av alder og miljø som barnet

eller ungdommen befinner seg i. De senere årene har det vært rettet et større fokus på beskyttelsesfaktorer som barnet eller ungdommen omgir seg med. Flere og flere forebygging og behandlingsprogrammer vektlegger disse beskyttelsesfaktorene.

Jeg tar også for meg de ulike utviklingsbanene for voldsutøvelse hos barn og ungdom. Tidlig og sen startere er to sentral baner som ofte blir lagt til grunn for intervensjoner. Dette er også et viktig perspektiv for utarbeiding av intervensjonen eller utarbeiding av et eventuelt program.

Forebygging og intervensjoner kan forekomme i ulike former og med ulike målgrupper. Det er primær-, sekundær- og tertiærforebygging som er en sentral inndeling.

I teorikapittelet tar jeg for meg sentrale teorier i forhold til problemstillingen min. De fleste teoriene tar for seg utviklingen av selve voldsatferden, eksempelvis Pattersons tilnærming. Sentrale teorier i forhold til utvalget mitt av programmer er sosial læringsteori, sosial kognitiv teori, systemteori og generell sosial økologisk teori.

Jeg har valgt å ta for meg tre behandlingsprogrammer; Multisystemisk behandling, Functional Family Therapy og Multidimensional Treatment Foster Care. Disse tre behandlingsprogrammene har vist seg å være effektive ut ifra gitte selekterte krav fra Blueprints for Violent Prevention. Disse kravene er: vitenskapelig design, påvist effekt, effekt må opprettholdes over tid og generaliserbarhet og reliabilitet.

Jeg ønsket å se på likheter og forskjeller mellom utvalget mitt ut ifra fire punkter; organisasjonskjennetegn, kontekstkjennetegn, programkjennetegn og politisk og samfunnsmessig støtte.

## **Konklusjon**

Programmene viser seg å ha noen sentrale likheter. Det viste seg at effektive behandlingsprogram har en sterk og veldefinert organisering av programmets gjennomføring og intervensjon. Målgruppene for programmene i mitt utvalg har mange av de samme karakteristikkene. Programmene som har vist seg effektive gjennom selektert evaluering, har flere programlikheter. Omfang og intensiteten er i stor grad lik, kjennetegnes ved relativt kort og intensiv behandling av klientene.

# Forord

Takk til Sjur Arne for din tålmodighet  
og all hjelp i prosessen.

Takk til familie og venner  
for oppmuntring og støtte i skriveprosessen

Takk til Gunnar Bjørnebekk  
for motiverende og konstruktiv veiledning.

Oslo, 22. august 2006

Cathrine Lindheim Olsen

<b>1.0 INNLEDNING .....</b>	<b>1</b>
1.1 Aktualisering av tema.....	1
<b>2.0 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING OG METODE .....</b>	<b>3</b>
2.1 Problemstillinger .....	3
<b>3.0 AVGRENSNING OG PLAN FOR OPPGAVEN .....</b>	<b>4</b>
3.1 Avgrensning .....	4
3.2 Plan for oppgaven.....	4
<b>4.0 METODE .....</b>	<b>6</b>
4.1 Sentrale begreper .....	6
<b>DEL I .....</b>	<b>9</b>
<b>5.0 DAGENS SITUASJON .....</b>	<b>9</b>
<b>5.1 VOLDSSTATISTIKK OG MYTENE.....</b>	<b>9</b>
5.1.1 <i>Situasjonen i Norge</i> .....	9
5.1.2 <i>Situasjonen i USA</i> .....	11
5.2 Myter .....	13
<b>6.0 RISIKOFAKTORER, BESKYTTELSESAKTORER OG KORRELATER .....</b>	<b>15</b>
6.1 Hva er en risikofaktor? .....	15
6.2 Beskyttelsesfaktorer .....	16
6.3 Tre avgjørende typer risikofaktorer.....	19
6.4 Risikofaktorer som hjelp i planleggingen av forebygging/intervensjons programmer..	21
6.5 Interaksjon mellom risikofaktorer .....	21
6.6 Behandlingstiltak sett i et historisk lys.....	25
6.7 Kapitteloppsummering .....	26
<b>7.0 UTVIKLING AV VOLDELIG ATFERD.....</b>	<b>27</b>
7.1 Atferdsforstyrrelser .....	27
7.2 To hovedutviklingsbaner for voldelig atferd.....	27
7.3 Tidlig og sen startere .....	29
7.3.1 <i>Tidlig startere</i> .....	29
7.3.2 <i>Sen startere</i> .....	29
7.4 Start og utvikling av voldsatferd .....	30
7.5 Fire viktige longitudinelle studier .....	32
7.6 Kroniske voldsmenn.....	35
7.7 Kapitteloppsummering .....	35
<b>8.0 FOREBYGGING OG INTERVENSJON .....</b>	<b>37</b>
8.1 Identifisering av de mest effektive programmene.....	37
8.2 Definerings og kategorisering av de ulike forebyggingsprogrammene .....	39
8.3 Forebygging .....	40
8.3.1 <i>Primær forebygging (generell ungdom)</i> .....	41
8.3.2 <i>Sekundærforebygging (høy risiko ungdom)</i> .....	42
8.3.3 <i>Tertiær forebygging</i> .....	42
8.4 Modell, promising (lovende) og ineffektive program .....	43
8.5 Kapitteloppsummering .....	44
<b>9.0 TEORIER .....</b>	<b>46</b>
9.1 Teorier om vold.....	46

9.2 Frustrasjon – aggresjonsteori .....	46
9.3 Læringsteori .....	47
9.3.1 Klassisk betingning .....	47
9.3.2 Operasjonell/instrumentell betingningsteori.....	48
9.3.3 Sosial læringsteori.....	49
9.4 Emosjonell og instrumentell aggresjon .....	50
9.5 Sosial kognitiv teori .....	52
9.6 Systemteori.....	53
9.7 Generell sosial økologi.....	54
<b>DEL II.....</b>	<b>56</b>
<b>10.0 BLUEPRINTS FOR VIOLENCE PREVENTION.....</b>	<b>56</b>
10.1 Blueprints for Violent Prevention som prosjekt.....	56
10.2 Kriteriene som ligger til grunn for Blueprints modell program .....	57
10.3 Design.....	58
10.3.1 Vitenskaplig design .....	58
10.3.2 Påvist effekt .....	59
10.3.3 Effekt som opprettholdes over tid.....	59
10.3.4 Generaliserbarhet og reliabilitet. ....	60
10.4 Blueprints for Violence Prevention, modell programmene. ....	61
10.4.1 Nurse – Family Partnership (NFP).....	61
10.4.2 The Incredible Years (IYS) .....	62
10.4.3 Olweus Bullying Prevention Program (BPP) .....	63
10.4.4 Promoting Alternatic THinking Strategies (PATHS).....	63
10.4.5 Big Brother Big Sister of America (BBBS).....	64
10.4.6 Life Skills Training (LST) .....	65
10.4.7 Midwestern Prevention Project (MPP) .....	65
10.4.8 Project Towards No Drug Abuse (Project TND) .....	66
10.5 Multisystemic Therapy, Functional Family Therapy og Multidimensional Treatment Foster Care .....	66
<b>11.0 MULTISYSTEMIC THERAPY (MST).....</b>	<b>68</b>
11.1 Grunnteoriene.....	68
11.2 Behandlingen/intervensjonen. ....	70
11.3 Kontekstkjennetegn – økologi – målgruppe.....	70
11.4 Organisasjonskjennetegn.....	71
11.5 Evaluering av effektivitet .....	73
11.6 Resultatene .....	75
<b>12.0 FUNCTIONAL FAMILY THERAPY .....</b>	<b>76</b>
12.1 Programkjennetegn – teoretisk grunnlag.....	77
12.2 FFT kliniske modell: .....	78
12.3 Kontekstkjennetegn – økologi – målgruppe.....	79
12.4 Organisasjonskjennetegn.....	80
12.5 Politisk og samfunnsmessig støtte.....	81
12.6 Evidens på effektivitet.....	81
<b>13.0 MULTIDIMENSIONAL TREATMENT FOSTER CARE .....</b>	<b>82</b>
13.1 MTFC foreldrene.....	83
13.2 Intervensjonen .....	83
13.3 Organisasjonskjennetegn.....	84
13.4 Politisk og samfunnsmessig støtte.....	86

13.5 Evidens på effektivitet.....	86
<b>14.0 DRØFTING .....</b>	<b>89</b>
14.1 Organisasjonskjennetegn.....	89
14.2 Kontekstkjennetegn – Økologi - Målgruppe.....	92
14.3 Programkjennetegn.....	95
14.4 Politisk og samfunnsmessig støtte.....	97
<b>15.0 KONKLUSJON .....</b>	<b>99</b>
15.1 Hva kjennetegner effektive behandlingsprogrammer rettet mot voldelige barn og unge? .....	99
15.2 Finnes det likhetstrekk/forskjeller mellom de programmene som har vist seg å ha effekt? .....	100





## 1.0 INNLEDNING

### 1.1 Aktualisering av tema

Alvorlige atferdsproblemer blant barn og unge har i lengre tid vært gjenstand for stor bekymring i Norge. Norske studier indikerer at 10 % av barn og unge har atferdsproblemer, og 1-2 % har alvorlige atferdsproblemer (Ogden og Holliday-Boykins, 2004).

I Norge har man de siste årene sett flere drap som er begått av ungdom mot ungdom. I Aftenposten 23.01.06 var det oppsummert 12 drap begått av unge i Norge fra 2001 til 2005. Ut fra oversikten er syv av de tolv drapene begått med kniv som drapsvåpen. Det skaper oppsikt i mediene når unge dreper. Hvorfor blir disse handlingene begått? Er det noe som kunne bli gjort for å forhindre det?

I følge notatet til Stene (2003) i statistisk sentralbyrå, har flere ungdommer blitt anmeldt for vold de senere årene. I følge dette notatet kommer det frem at barn og unge utgjør en større del av det registrerte kriminalitetsbildet enn for bare 4-5 år siden. Figur 1 viser dette:

Fig: 1 – Siktete 15 – 20 år, etter lovbruddsgrupper. Per 1000 innbyggere. 1992-2001.



(Stene, 2003)

I denne figuren kommer det frem en økning i voldskriminalitet blant ungdommer (15-20 år) fra 1992 og frem til 2001. Ut ifra grafen kommer det frem at andelen ungdommer over den kriminelle lavalder som ble siktet for vold er mer enn doblet fra 2001 til 1992.

Denne utviklingen er gjenstand for uro. Volden øker blant barn og unge og den ser ut til å bli grovere (ssb.no, 2006). Denne utviklingen har ført til at voldslovbrudd var den tredje største lovbruddsgruppen blant siktede ungdommer under den kriminelle lavalder i 2001. Det har vært en økning i grove voldsforbrytelser blant den yngre gruppen ungdommer. I dagens samfunn er det nesten like mange 15-17 åringer som blir tatt for grove voldsforbrytelser som 19-20 åringer. Tidligere var det en klar sammenheng mellom grove voldsforbrytelser og den høyere aldersgruppen (Stene, 2003).

Jeg har alltid ønsket å lære mer om forebygging og behandling av barn og unge med antisosial atferd. Jeg ble oppmerksom på det amerikanske prosjektet *Blueprints for Violent Prevention* under undervisningen i PED 4300 ved Pedagogisk forskningsinstitutt, UIO. Bakgrunnen for dette valget er spesielt siden prosjektet stiller svært strenge krav til metode, design og effekt knyttet til intervensjonene som blir omhandlet. Jeg ønsker å ta for meg programmene som er identifisert gjennom dette prosjektet som effektive. Videre ønsker jeg å ha hovedfokus på de programmene som intervenseres etter manifestert voldelig atferd. Programmene som blir presentert og vurdert i denne oppgaven vil dermed i større grad være knyttet til behandling og tiltak rettet mot antisosial atferd og ikke i like stor grad mot forebygging. Det er i den sammenheng spesielt tre programmer som tilfredsstiller kravene til at de har oppnådd signifikant effekt (vitenskapelig design, påvist effekt, effekt må opprettholdes over tid og generaliserbarhet og reliabilitet) i behandling av antisosial atferd og til design som er brukt under evalueringen av dem (vitenskapelig design). Dette kommer jeg tilbake til senere.

Blueprints for Violent Prevention identifiserer effektive behandlingsmetoder av barn og ungdom. Er det noen likhetstegn med de identifiserte programmene? Er det noen likheter mellom vist effektive behandlingsmetoder? For å kunne besvare disse spørsmålene må jeg først komme inn på sentrale begreper og kategoriseringer som er sentrale innenfor feltet. Det er også viktig å se nærmere på teorier som i hovedsak gir grunnlaget for de ulike programmene i Blueprints for Violent Prevention. Jeg vil omhandle emnet noe mer detaljert enn det som er vanlig i den pedagogiske litteratur.

## 2.0 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING OG METODE

Jeg ønsker å studere forbyggings- og intervensjonsprogrammer som gjennom grundig evaluering har vist seg å ha en volds reduserende effekt. I denne sammenheng har jeg valgt å se på programmer som er evaluert ved hjelp av eksperimentelle og longitudinelle design. Det vil si design som gjør det mulig å si noe årsak-virknings forholdet. Noe som er helt avgjørende for å kunne studere effekt.

Utgangspunktet for valg av programmer er prosjektet *Blueprints for Violent Prevention*, der programmer blir kategorisert som *promising (lovende)* eller *modell* program. Jeg ønsker primært å ta for meg de programmene som blir satt inn etter at barnet eller ungdommen har manifestert voldelige handlinger. Programmer som blir satt inn etter vist utfall, kan strengt tatt ikke karakteriseres som forebyggingsprogrammer. Jeg kommer derfor til å betegne slike programmer for behandlingsprogrammer.

Programmene som ut fra kriteriene har vist seg å ha effekt vil også analyseres for å avdekke eventuelle finnes store eller små likheter/forskjeller mellom effektive programmer.

På bakgrunn av dette har jeg utledet følgende problemstillinger;

### 2.1 Problemstillinger

1. Hva kjennetegner effektive behandlingsprogrammer rettet mot voldelige barn og unge
2. Finnes det likhetstrekk/forskjeller mellom de programmene som har vist seg å ha effekt

Dette blir en drøfting i lys av fra *Blueprints for Violence Prevention*, og i lys av annen relevant teori og forskning på fagfeltet.

### 3.0 AVGRENSNING OG PLAN FOR OPPGAVEN

#### 3.1 Avgrensning

Hovedfokuset i oppgaven rettes mot behandlingsprogrammer som på grunnlag av gitte selekterte krav har vist seg å være effektive.

Behandlingsprogrammer som har voksne som hovedmålgruppe vil ikke behandles her.

Forebyggingsprogrammer og logikken bak dem vil likevel bli presentert siden de representerer en viktig del av programmene som har vist seg å ha effekt. De vil likevel ikke fokuseres i samme utstrekning som behandlingsprogrammene.

Jeg har valgt å ta for meg de programmene som er funnet verdige til å presenteres i Blueprints for Violent Prevention, siden de vitenskapelige kravene for å oppnå status som modellprogram der er såpass strenge. Blueprints for Violent Prevention har på nåværende tidspunkt (vår 2006) 11 modell program som senere i oppgaven vil presenteres i mer detalj.

Det er i hovedsak tre av programmene som jeg vil legge til grunn for min drøfting. Dette er "*Multisystemic Therapy*" (MST), "*Functional Family Therapy*" (FFT) og "*Multidimensional Treatment Foster Care*" (MTFC). Grunnen for dette er at de alle har blitt evaluert som *effektive* behandlingsprogrammer av Blueprints for Violent Prevention (colorado.edu/cspv, 2005).

Kostnadene ved de ulike programmene kommer jeg av omfangsmessige grunner ikke til å legge til grunn for min drøftelse, selv om dette i praksis er svært avgjørende for hvor sannsynlig det er at de blir implementert.

#### 3.2 Plan for oppgaven

Hovedfokuset i oppgaven rettes mot hvilke elementer i forebyggings- og behandlingsprogrammer som fører til reduksjon av voldsutøvelse. I tillegg til innledning og avslutning vil oppgaven bestå i hovedsak av del I og II.

I del I ønsker jeg først å ta for meg situasjonen i Norge og USA slik den er i dag. Jeg vil her også se på hvordan vi er kommet dit vi er i dag. Jeg ser kort på Norge og tar for meg situasjonene i USA i noe større grad. Dette på grunn av at hovedfokuset mitt er forebyggings- og behandlingsprogrammer fra Blueprints for Violent Prevention (USA) og ettersom det er der det er utført flest evalueringsstudier vil hovedveken av resultatene komme derfra. I det følgende vil jeg behandle risikofaktorer, beskyttelsesfaktorer og korrelater. Her vil jeg også gå nærmere inn på interaksjonen mellom risikofaktorer. Sentrale begreper som inngår i det teoretiske rammeverket vil bli drøftet. Under dette punktet ønsker jeg å gå nærmere inn på sentrale begreper hentet fra teoriene som gjør seg aktuelle i forhold til programmene i Blueprints for Violent Prevention. Sentrale begreper blir også drøftet underveis i forebygging og intervensjon kapitlet. Sentrale teoretiske perspektiver blir deretter presentert for å kunne øke muligheten til å forklare hvorfor faktorer i de enkelte programmene har effekt.

I del II skal jeg se nærmere på prosjektet Blueprints for Violent Prevention. Jeg kommer til å se på bakgrunnen for prosjektet, og de selekterte kravene som fører til at programmene blir kategorisert i promising (lovende) og modell programmer. Under denne delen tar jeg først og fremst for meg de ulike modell programmene.

Drøftingen min vil ta utgangspunkt i temaene organisasjonskjennetegn, kontekstkjennetegn – økologi - målgruppe, programkjennetegn og politisk- og samfunnsmessig støtte. Disse fire punktene har jeg valgt ut siden de etter min mening og ut fra det teoretiske grunnlaget jeg presenterer i del I er sentrale elementer i programmer som viser seg å være effektive ved evaluering.

## 4.0 METODE

Metoden jeg ønsker å bruke er litteraturstudie. I denne sammenhengen blir det redegjort for flere ulike perspektiver. Studiene jeg har valgt å redegjøre for, er valgt på bakgrunn av at de dekker sentrale deler av de valgte perspektivene og at de har oppnådd resultater som framstår som valide, reliable og generaliserbare.

I innledningsfasen til oppgaven tok jeg utgangspunkt i eget kunnskapsgrunnlag. For å få en bredere og mer detaljert oversikt gjennomførte jeg en rekke søk i tidsskriftdatabasen til BIBSYS og i ISI web of science. Gjennom søkene fikk jeg kjennskap til sentrale forskere, og gjennomførte videre et utvidet søk på disse personene.

På de ulike prosesstrinnene brukte jeg publikasjoner av relevans, for eksempel fra tidsskrift som Journal of Personality and Social Psychology, American Journal of Psychiatry, Psychological Review og Child and Adolescent Mental Health. Denne prosessen gjennomførte jeg for å få bredere og mer detaljerte kunnskap rundt barn og unge som bruker vold.

Informasjon rundt Blueprints for Violent Prevention programmene, fikk jeg i første omgang gjennom internettsiden ”<http://www.colorado.edu/cspv/blueprints/index.html>”. Med utgangspunkt i denne siden fikk jeg mer informasjon om litteratur og forfattere som er aktuelle for min problemstilling. Programmene jeg har valgt ut for min drøfting ligger et nivå hvor det ikke lenger er snakk om forebygging, med i større grad behandling, rehabilitering.

I neste avsnitt vil jeg ta for meg noen begreper som er sentrale i denne oppgaven før jeg går videre til teoridelen.

### 4.1 Sentrale begreper

I likhet med Henggeler m.fl. (2000:20), har jeg valgt å definere antisosial atferd som hele spekteret av aktiviteter hos barn og unge som reflekterer forstyrrelser av sosiale regler og handlinger mot andre. I denne sammenheng er *voldsutøvelse* sentralt.

For å kunne vurdere om intervensjoner har en voldsreducerende effekt er det av avgjørende betydning å definere voldsbegrepet.

”Vold” blir i Gelles (1997) definert som:

”an act carried out with the intention or perceived intention of causing physical pain or injury to another person.”

Fysisk vold kan variere fra et lite slag til drap. Gelles (1997) deler vold inn i to grupper, *normal vold* og *”Abusive” vold*. Den normale volden kan være å gi barnet ris, skubbe, gi små slaps. Den *normale volden* blir av noen sett på som en del av oppdragelsen og noen verger seg for å kalle dette for ”vold”. På den andre siden finnes den *”Abusive” volden*. Den blir definert som en langt mer alvorlig form for voldsutøvelse. Volden har større risiko for å skade et annet individ. I denne gruppen ligger sparking, biting, kveling, skyting, knivstikking m.m. (Gelles, 1997). Det er først og fremst det Gelles betegner ”abusive violence” som blir behandlet i denne oppgaven. Vold kan også fremstå som psykisk vold. Psykisk vold kan i mange tilfeller føre til større skade enn fysisk vold (Bjørge & Carlsson, 1999). Eksempler på psykisk vold er: trusler, kontroll, psykisk plaging, etc.

Helland påpeker i sin litteraturstudie (1998) at innholdet i begrepet vold varierer fra et sted til et annet, og at begrepet har hatt ulikt innhold ut ifra den historiske og sosiale sammenhengen. Begrepet ”vold” og dets innhold er med andre ord kontekstbunnet. Forskningen som blir presentert i denne oppgaven er derfor forskning hvor vold er operasjonalisert likt det som gjøres i ”normal” versjonen av vår historiske og sosiale sammenheng.

Når jeg bruker ordet *karakteristikk*, viser jeg til egenskaper ved et individ og til de økologiske systemene som har innvirkning på individet. Man kan snakke om karakteristikk på ulike plan, som alle har en innvirkning på individet. Eksempler kan være individuelle forskjeller, som temperament, kjønn, lav IQ, antisosial atferd m.m. Det kan også dreie seg om karakteristikk ved familien, slik som lav sosialøkonomisk status, oppdragerstil, antisosialitet osv. I skolen kan karakteristikk være relatert til skolens lederstil og form. Hos venner kan karakteristikken være svak sosial kompetanse og antisosialitet. Nabolaget og nærmiljøet kan ha kriminalitet og desorganisering som mulige karakteristikk.



Når utfall eller avhengige variabler diskuteres i denne oppgaven er *utfallet/avhengig variabel* enten en voldelig handling, eller uteblivelsen av den.

*Risikofaktorene* er karakteristikk. Kramer (2001) definerer risikofaktor som et korrelat som kan prediker et utfall. Hun tar også for seg de ulike interaksjonene mellom risikofaktorene (proxy, overlappende, avhenging, mediator og moderator). Dette kommer jeg tilbake til senere i oppgaven.

Med *intervensjon* mener jeg en innblanding. I denne sammenheng er innblanding knyttet til behandling eller forebygging iverksatt av en tredje part.

Bruk av engelske ord forekommer der det ikke er noen gode og etablerte norske ord. Jeg kommer også til å bruke engelsk ved navn på amerikanske institusjoner og lignende.

## **DEL I**

I følgende del vil jeg ta for meg bakgrunnen for dagens forebyggings- og behandlingsmetoder. Jeg vil i den sammenheng ta for meg ulike relevante faktorer i utviklingen og gjennomføringen av intervensjoner/programmer.

Hyppighet i voldskriminalitet vil belyses. Først vil jeg ta for meg situasjonen i Norge, og videre situasjonen i USA. En del begreper som er relevante både i sammenheng med iverksettingen og forståelsen av hvordan og hvorfor det enkelte forebyggings- og behandlingsprogram har effekt vil videre presenteres. Eksempler er begreper som risikofaktorer, beskyttelsesfaktorer og vold.

### **5.0 DAGENS SITUASJON**

Hvordan er situasjonen i Norge og USA i dag? Og hvordan har vi kommet dit?

I det følgende vil jeg ta for meg hvordan volden fremtrer i samfunnet ut fra voldsstatistikk. Drap ser jeg på som den mest ekstreme utfall av voldsutøvelse. Jeg vil derfor også presentere tall fra drapsstatistikken.

Det vil også bli gitt en kort historisk oppsummering om hvilke behandlingstiltak som er iverksatt.

### **5.1 VOLDSSTATISTIKK OG MYTENE**

#### ***5.1.1 Situasjonen i Norge***

Hva skyldes denne økningen i volds utøvelse? Skyldes det at man har bedre registreringsmuligheter? Kan det være den eneste forklaringen? Det er en kjensgjerning at det alltid vil være mange mørketall på dette området, spesielt når voldshandlingen blir utført av personer som står i nære relasjoner til hverandre. Det viser seg at det er en sterk tendens til at

det er hovedsaklig voldshandlinger som blir utført i det offentlige rom som blir anmeldt, og dermed er å finne i offentlige statistikker. Enkelte forskere mener at det kun er ¼ av volden som blir registrert (Bjørnebekk, 2004).

I dag blir det gjennomsnittlig drept 40 personer i året i Norge. I følge Statistisk sentralbyrå (SSB) ble det i 2004 anmeldt 57 drapsforsøk og 36 drap, som er noe under det årlige gjennomsnittet i den siste tolvårsperioden. Drapsstatistikken viser imidlertid at antall drap har økt i løpet av de siste 20 årene (Stene, 2005). Det er viktig at man her også har i mente den økte kompetansen sykehusene har innen medisin som gir økt sannsynlighet for å overleve et overfall (Bjørnebekk, 2004).

Det er noen tendenser som kommer frem i voldstatistikk. Man ser at volden har blitt grovere, det er også nye former av vold som dukker opp. For eksempel barne-ran og skolevold. Jentevold har også kommet på banen. Det viser seg i den sammenheng at jenter har en kortere voldskarriere enn gutter. Ran og seksuelle overgrep har også økt i styrke (Bjørnebekk, 2004).

I følge SSB har antallet voldslovbrudd økt i løpet av de siste 25 årene. Denne økningen er ikke tilsvarende stor i offerundersøkelsene. SSB forklarer dette på flere måter: Først og fremst blir anmeldte voldssaker i dag mer nøyaktig registrert, og langt flere tilfeller kommer derfor med i kriminalstatistikken, sammenliknet med tidligere. Videre ser det også ut til at folk flest har fått en økt tilbøyelighet til å anmelde bruk av vold og da spesielt trusler (Stene, 2005).

Økning i bruk av vold og annen antisosial atferd er likevel, i følge flere forskere (f. eks. Ogden, 2001; Sørli, 2000), et økende problem i Norge.

Når det gjelder intervensjoner har og er plassering utenfor hjemmet et dominerende tiltak når jeg legger tall fra Statistisk sentralbyrå til grunn fra 2004 (ssb.no, 2006). Med de nye teoretiske retningene har det også blitt iverksatt mer multisentrerte intervensjoner, som omhandler det sosial økologiske miljøet rundt barnet eller ungdommen. Det har derfor også kommet programmer som har sin arena i familien. I Norge har vi fått innføring av for eksempel programmene MST og PMTO i 1999, som en konsekvens av dette. Begge er eksempler på *multisentrerte* tiltak.

Fordeling av tiltak i følge statistikk og tall fra SSB, viser at antall barn i institusjon er økende. Statlig regionalt barnevernstall for 2004, viser at 8950 barn er under barnevernstiltak. Dette er en økning på 300 sammenlignet med 2003. Det ble brukt 3,2 milliarder kroner i 2004 på statlige regionale tiltak (disse tallene gjelder ikke for Oslo). Oslo kan ikke sammenliknes på samme måte som de andre regionene, siden Oslo har et system hvor bydelene kjøper tiltak fra kommunene, som oppfører dette som inntekt. Ved utgangen av året 2005 var 4350 barn blitt registrert på disse tiltakene (ssb.no, 2006).

### ***5.1.2 Situasjonen i USA***

Når jeg nå ser på *USA*, hvor de fleste Blueprints programmene er utviklet, har fokuset i lengre tid vært på forebyggingsprogrammer for voldsbruk blant barn og unge. Grunnen til at man i USA har hatt et så stort fokus på vold blant barn og unge kommer av flere grunner. I slutten av 1990 årene så man i USA en epidemi av vold blant ungdom. Volden fremtrer her også som mer alvorlig og mer omfattende enn i Norge. Dette medfører at det er langt mer forskning i USA enn i Norge på dette feltet.

Voldsepidemien i 1990-årene førte til at flere barn og unge ble redde for å gå på skolen. Denne redselen var ikke helt ubegrunnet, det har vært en lang rekke episoder i den amerikanske skolen, hvor volden også har resultert i flere drap. Det amerikanske samfunnet har til stadighet blitt sjokkerte over voldsbruk referert i media.

På VG nett 08.11.05 ble det listet opp de ulike skoleskytningene USA i perioden april 1999 frem til mars 2005. Denne listen underbygger redselen i USA:

- 20. april 1999: Eric Harris (18) og Dylan Klebold (17) tok livet av 12 elever og en lærer og såret 23 før de tok sine egne liv på Columbine High, Colorado.
- 19. November 1999: En tretten år gammel jente ble skutt i hodet og døde dagen etterpå. En tolv år gammel gutt tilstod og ble dømt til minst to års fengsel på en barneanstalt.
- 29. februar 2000: En seks år gammel gutt skjøt og drepte en annen seksåring ved Buell Elementary School in Mount Morris Township, Michigan.

- 26. mai 2000: Nathaniel Brazill (13) tok livet av engelsklæreren sin siste skoledag på Lake Worth, Florida.
- 5. mars 2001: Charles Andy Williams (15) tok livet av to medstudenter og såret 13 andre ved Santana High School in Santee, California.
- 24. september 2004: John Jason McLaughlin (15) skjøt og drepte to medstudenter på Rocori High School i Cold Spring, Minnesota.
- 21. mars 2005: Jeffrey Weise (16) skjøt og drepte ni mennesker inkludert sin bestefar og fem medstudenter på en skole i Red Lake, Minnesota. Gjerningsmannen tok til slutt sitt eget liv (Stenersen & Jensen, 2005)

Voldsbølgen som kom på 1990-tallet i USA, omhandler mer enn kun drap i skolene. Fra 1988 til 1991, hadde man en økning på 38% i antall arrestasjoner relatert til voldshandlinger med et ikke dødelig utfall, slik som overgrep, stjeling og voldtekter (U.S. Department of Health and Human Services, 2001). Blant ungdom i USA på 1990-tallet var drap den nest vanligste grunnen til dødsfall. Blant afro-amerikansk ungdom var drap den vanligste årsaken til dødsfall. Volden kom i langt større grad inn i den amerikanske hverdagen og volden kom inn på arenaer der den ikke hadde vært tidligere. For eksempel via "Drive-by" skyting i gatene. Videre ble steder som McDonalds, postkontor, handlesentre, transportmidler og i skoler også arenaer for voldsutøvelse, både tilfeldig og instrumentelt.

Kort oppsummert var det tre sider ved volden i USA på 1990- tallet. For det første var det en økning i antall døde, for det andre så man mer umotivert vold og for det tredje var det mange plasser det ble utrygt å ferdes på (U.S. Department of Health and Human Services, 2001). Dette medførte at fokuset ble rettet i langt større grad mot forebygging og intervensjoner av voldutøvelse blant barn og ungdom. Trenden pekte i retning av multimodale og multisystemiske tiltaksmodeller. Slike tiltak kategoriseres som *multisentrerte* tiltak (Sørli, 2000).

*Blueprint for Violent Prevention* er et prosjekt som ble startet i 1999 i Colorado, USA. Tragedien i Columbine High, Colorado var utgangspunktet for prosjektet. Tragedien i Columbine 20. april 1999, vil bli husket som en av de mest skremmende episodene i amerikansk skole.

Det ble gjort en landsomfattende spørreundersøkelse i USA fra 1982 til 1994, som viser den dramatiske endringen i holdninger til vold og kriminalitet i denne perioden. I 1982 var det bare 3 % av personer over 18 år som identifiserte vold og kriminalitet som det viktigste samfunnsproblemet. I august 1994 var det over 50 % som identifiserte vold og kriminalitet som landets viktigste samfunnsproblem. (U.S. Department of Health and Human Services, 2001).

I følge *U.S. Department of Health and Human Services* rapport som kom i 2001, er det dessverre lite forskningslitteratur som tar for seg evaluering av programmer rettet mot forebygging av bruk av vold. De fleste forebyggende programmene for unge er designet for et sett av antisosial atferd som kommer frem i barndommen. For eksempel aggressiv atferd, lyving, stjeling, pyromani og dyremishandling. Først når barna kommer opp i tenårene, får programmene et bredere fokus. Det inkluderes her kriminelle handlinger (som stjeling, gjengoppgjør, overgrep m.m.), stoffmisbruk og graviditet blant unge.

Program som tar for seg forebygging av kriminelle handlinger, inkluderer ofte voldelig atferd som en av flere former for atferd. Det er få program som har fokusert og begrenset seg til å fokusere på forebygging av kun voldelig atferd og evaluert programmets effekt. Det er en rasjonell antagelse at funn som er gjort på kriminell atferd kan appellere til voldsatferd også. Og den viste effektiviteten for forebygging av kriminalitet, kan bli indikatorer på effektivitet ved forebygging av voldsatferd (U.S. Department of Health and Human Services, 2001). Dette berører risikofaktorer, beskyttelsesfaktorer, mediatorer og moderatører, som jeg vil komme tilbake til senere i oppgaven, under kap. 6: "*Risikofaktorer, korrelater og beskyttelsesfaktorer*".

## 5.2 Myter

Det er mange myter rundt barn og unge som utøver vold, og forebygging/behandling. Det er viktig å avdekke de mytene som ikke medfører riktighet, slik at det ikke blir satt i gang behandling og forebygging på falske premisser. Myter kan medføre unødvendig redsel i en

populasjon og unødvendig bruk av ressurser og tid på behandlingsprogrammer som er ineffektive.

I rapporten fra U.S. Department of Health and Human Services (2001), blir det tatt opp ti myter som kan ha innvirkning på behandlingen og/eller forebyggingen et barn eller en ungdom får tilbud om. Jeg velger å ta for meg de mytene som også er aktuelle for det norske samfunnet og voldsutøvelse forøvrig:

1. *"Man kan identifisere tidlig de som kommer til å få en kriminell løpebane i voksen alder."*
2. *"Neglisjering og misbruk i barndommen fører til voldelig atferd i voksen alder."*
3. *"Ingenting virker når det er snakk om behandling eller forebygging av voldsutøvelse blant barn og unge."*

Om disse mytene stemmer, vil det ha en enorm innvirkning på utforming av forebyggings- og behandlingsmetoder. Blir forebyggings- eller behandlingsprogrammet bygget på myter som ikke medfører riktighet, vil programmene ikke gi stabile effektive resultater i reduisering av voldshandlinger hos barn og ungdom.

Det er mange ulike perspektiver som er sentrale i både utvikling og gjennomføring av et program. Jeg skal nå først ta for meg risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer og hva som ligger i "voldsatferd". Dette er begreper som er viktige å ha kjennskap til for å oppnå eller utvikle en effektiv intervensjon eller et program.

## **6.0 RISIKOFAKTORER, BESKYTTELSESFAKTORER OG KORRELATER**

Hvorfor viser noen ungdommer voldelig atferd og andre ikke? Det er ikke noe enkelt svar på dette spørsmålet. Forskere har identifisert flere risikofaktorer som kan sette barn og unge i fare for å utvikle voldsatferd. Forskere har også identifisert en rekke beskyttelsesfaktorer. Beskyttelsesfaktorer fungerer som elementer som minsker risikoen for at barn og unge vil utvikle voldelig atferdsmønster.

Risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer kan ha utspring i gener, miljø, sosialt og i biologiske faktorer (Kraemer m.fl. 2001). Jeg velger å gi denne delen god plass i oppgaven, siden jeg mener det er avgjørende for intervensjoners effekt at slike faktorer blir avdekket.

Risikofaktorer og deres ulike natur og beskyttelsesfaktorer har en sentral plass når det gjelder å oppnå effektivitet i et program, men også for forståelsen av hva det er som gjør at et tiltak fungerer.

### **6.1 Hva er en risikofaktor?**

En risikofaktor kan assosieres med en økt sannsynlighet for at man kan forvente et bestemt utfall, ofte et uønsket utfall. Et av kjennetegnene på risikofaktorer, er at de kommer forut for utfallet. Et annet kjennetegn er at man ser på risikofaktorer som et instrument til å dele populasjoner inn i lav- og høyrisiko grupper, hvor utfallet opptrer hyppigere i høyrisikogruppen enn i lavrisikogruppen (Offord & Kraemer, 2000; Kraemer m.fl., 1997; Offord & Bennett, 2002).

Bevisstheten rundt risikofaktorene har hatt en stor innvirkning på forebyggings- og behandlingsprogrammer. De senere årene har beskyttelsesfaktorer fått større oppmerksomhet. Hvorfor er det noen ungdommer som ikke får forventet utfall når risikofaktorene er tilstede? I mange av Blueprints programmene er kartlegging og styrking av beskyttelsesfaktorene en viktig del. For eksempel er et hovedmål i MST å styrke beskyttelsesfaktorer hos familie og ungdom som kan føre til at tiltaket oppnår en langvarig effekt (Henggeler, 2001). For eksempel kan dette være å opprette et prososialt nettverk, som er en beskyttelsesfaktor, rundt moren som gir henne et sted hvor hun kan få støtte og kontakt med andre.



Risikofaktorer kan være personlighetstrekk eller trekk ved miljø som forutsier begynnelse og opprettholdelse av voldsbruk. Risikofaktorer er ikke statiske, de vil hele tiden forandre seg gjennom barnets eller ungdommens utvikling, eller ut fra hvilken sosial kontekst de befinner seg i. En konsekvens av dette er at en risikofaktor kan forandre seg når ungdommen flytter til et annet miljø. For eksempel når ungdommen flytter ut fra hjemmet (og de mulige risikofaktorene som kan forekomme der).

De fleste risikofaktorene ser ikke ut til å ha en sterk biologisk basis, det kan virke som om de er en konsekvens av sosiale læringsprosesser, eller av interaksjon mellom biologiske faktorer og miljøfaktorer (U.S. Department of Health and Human Services. 2001). For eksempel tyder studier på at ungdom med foreldre som anvender vold, har større sjanse for å modellere foreldrenes atferd, enn at de arver voldsbruken av dem.

I Rutter (2000) blir det henvist til en studie av Brown og Harris. Studien tar for seg hvordan barn som opplever mangelfull foreldrekontroll, ofte ved tap av den ene forelderen, kan føre til negativ selvoppfatning. Dette har vist seg å være en form for psykisk sårbarhet som kan gjøre det vanskelig å takle negative hendelser senere i livet. Enkelte forskere mener at en slik evne kan predikere senere bruk av vold.

## **6.2 Beskyttelsesfaktorer**

I dag fokuseres det vanligvis mer på sosialkompetanse, mestring og beskyttelsesfaktorer (Ogden, 2001) når det er snakk om forebygging eller behandling av barn og unge med voldsproblematikk. En av grunnene til at fokuset er flyttet, er at forskere har sett hvordan barn som befinner seg i risikosonen, kommer ut med et ulikt utfall (Rutter 2000). Man ser at barn med for eksempel høy intelligens og god sosial kompetanse, viser seg mer mestringsdyktige når de befinner seg i et risikomiljø. Det eksisterer beskyttelsesfaktorer i alle de økologiske systemene som omgir barnet eller ungdommen, på samme måte som det kan finnes risikofaktorer.

En *beskyttelsesfaktor* er en faktor, som i sin form er lik en risikofaktor. En beskyttelsesfaktor kan minske sannsynligheten for at barn og unge utvikler voldelig atferd, i motsetning til risikofaktorer som kan øke sannsynligheten for uønsket utfall. Beskyttelsesfaktorer opptrer også på de samme arenaer som risikofaktorer, individuelt og/eller i de økologiske systemene som omgir barnet.

Individuelle beskyttelsesfaktorer for voldsutøvelse kan være positiv sosial orientering (U.S Department of Health and Human Services, 2001), en evne til å legge merke til å kunne forutse ulike sanksjoner ved overtredelse av regler.

Beskyttelsesfaktorer kan også opptre i familien, på skolen, blant venner og i nabolaget eller på et samfunnsnivå. I familien ser man at støttende, varme relasjoner med foreldre og andre voksne, foreldre som er gode til å veilede og følger opp hva barna foretar seg (U.S Department of Health and Human Services, 2001), kan fungere som beskyttende faktorer. Liknende beskyttende karakteristikk finner man også i skolen, og blant venner (prososiale venner).

I tabell 1 har jeg plassert *risikofaktorene* og *beskyttelsesfaktorene* i en tabell, med utgangspunkt i hvilke arenaer de opptrer i. Utgangspunktet for tabellen er rapporten fra U.S Department of Health and Human Services (2001) og Ogden (2001). Jeg vil utdype tidlig- og sen startere senere i oppgaven.

Tabell: 1

Felt/område	Risikofaktorer		Beskyttende faktorer
	Tidlig begynnelse (6-11 år)	Sen begynnelse (12-14 år)	
<b>Individuelt</b>	Generelle fornærmelser Stoff misbruk Være gutt Aggresjon** Psykologisk tilstand (hyperaktivitet) Problem (antisosial) atferd Eksponert for media vold Medisinsk, fysisk tilstand Lav IQ Antisosiale holdninger, og uærlighet* Kognitiv tilbøyelighet til å tillegge andre fiendtlige intensjoner.	Generelle fornærmelser Psykososial tilstand (rastløshet, konsentrasjonsvansker**, risikosøking) Aggresjon** Være gutt Fysisk voldelighet Antisosiale holdninger, tro Kriminalitet mot personer Problem (antisosial) atferd Lav IQ Stoff misbruk Kognitiv tilbøyelighet til å tillegge andre fiendtlige intensjoner.	Intolerant holdning mot trass Høy IQ Være jente Positiv sosial orientering Legge merke til sanksjoner ved overtredelser Høy BIS
<b>Familien</b>	Lav sosialøkonomisk status / fattigdom Antisosiale foreldre Svake foreldre-barn relasjoner (Streng, avslappet eller inkonsistent disiplin) Lav kontroll Lite varme Skilte hjem, separasjon fra foreldrene Andre betingelser Voldelige foreldre, forsømming	Svake foreldre-barn relasjoner (Streng, avslappet disiplin) Lav kontroll Lav foreldre involvering Antisosiale foreldre Skilte hjem, høy grad av konflikter Lite varme Lav sosialøkonomisk status / fattigdom Voldelige foreldre Andre betingelser (familie konflikt**)	Varme, støttende relasjoner med foreldrene og andre voksne Foreldrene har positivt inntrykk av venner Foreldrene har godt tilsyn/overvåkning
<b>Skolen</b>	Dårlig holdning, lave prestasjoner Aspekter ved skolen, svak struktur, kaotiske omgivelser	Dårlig holdning, prestasjoner (akademisk svak) Ser ikke viktigheten med utdanning Aspekter ved skolen, svak struktur, kaotiske omgivelser	Satsning på skolen Anerkjennelse av å være involvert i konvensjonelle aktiviteter
<b>Jevnaldrene</b>	Svak sosial kompetanse Antisosiale venner Dårlig evne til å utvikle relasjoner	Svake sosiale bånd Antisosial, kriminelle venner Gjeng medlemskap	Prososiale venner

<b>Samfunnet</b>	Høy mobilitet	Kriminalitet og narkotika i nabolaget Et deorganisert nabolag	
------------------	---------------	------------------------------------------------------------------	--

\* Alder for begynnelse ikke kjent

\*\* Kun gutter

(U.S. Department of Health and Human Services. 2001; Ogden, 2001; Leve & Chamberlain, 2005)

### 6.3 Tre avgjørende typer risikofaktorer

Det er spesielt tre typer risikofaktorer som anses å være av avgjørende betydning å identifisere forut for en intervensjon (Offord, D. R., & Kraemer, H. C., 2000).

Den første typen risikofaktor lar seg ikke forandre. Denne betegnes som en *fast markør*. Faste markører kan f.eks være å bli født gutt eller å ha fått en diagnose (AD/HD), alder, fødselsdato etc. (Offord, D. R., & Kraemer, H. C., 2000). Det kan også være risikofaktorer det ikke er realistisk å forandre, slik som fattigdom (U.S. Department of Health and Human Services, 2001) (men heller som et langtidsmål). En fast markør forandres derfor ikke ved intervensjoner. En intervensjons målsetning bør derfor ikke å være rettet mot å forandre denne.

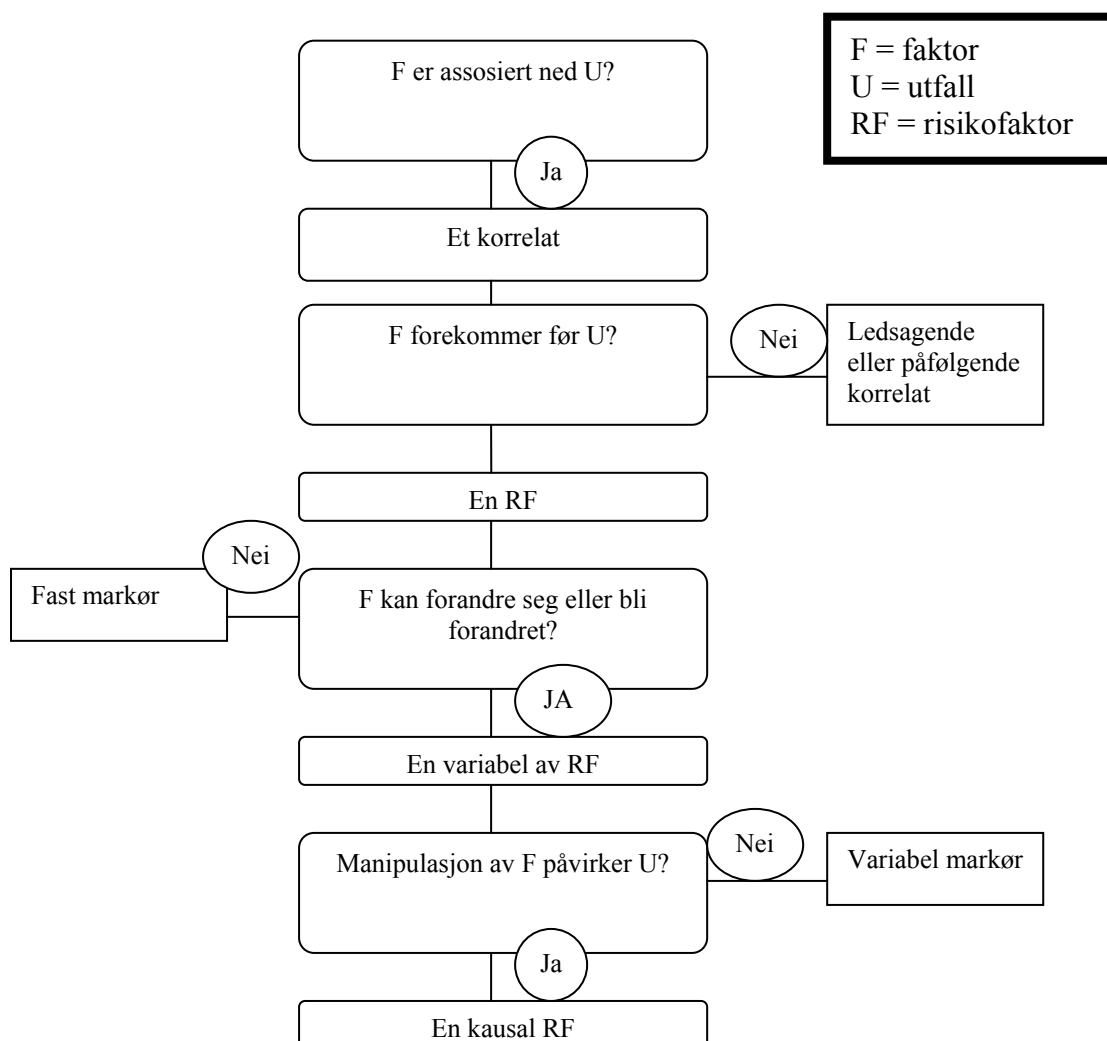
Når en risikofaktor forandres under en intervensjonsfase, eller av personen selv, ser man på dette som en *variabel risikofaktor*.

Det finnes to typer variable risikofaktorer. *Variable markører* og *kausale risikofaktorer*.

- I. Variable markører er når man kan manipulere en risikofaktor, men det har ingen virkning på utfallet.
- II. Om den manipulerede risikofaktoren har effekt på utfallet kalles den en *kausal risikofaktor*. Den endrer risikoen om den blir manipulert (Offord, & Kraemer, 2000).

Figur 2 viser hvordan de ulike typer risikofaktorer virker inn ved en intervensjon. Formålet med figuren er også å gjøre begrepene klarere og vise viktighetene de spiller ved utvikling av forebyggings og behandlingsprogrammer.

Figur 2: F = faktor kan f.eks stå for intervensjonsprogram, U = utfall, kan stå for voldsutøvelse og RF = risikofaktor (henvisning til tabell: 1). Figuren leses nedenfra og opp.



(Gjelsvik, 2003)

Identifiseringen av de ulike typene risikofaktorer, brukes som verktøy i utviklingen og evaluering av en intervensjon.

## 6.4 Risikofaktorer som hjelp i planleggingen av forebygging/intervensjons programmer

Ved arbeid med voldsforebygging og gjennomføring av intervensjoner er man avhengig av å identifisere risiko og beskyttende faktorer. Intervensjon må også avdekke om manipuleringen skjer på risikofaktorer som lar seg forandre (variable markører) eller variable markører som ikke forandrer seg under manipulering (Kraemer m.fl., 2001). Det må også utredes når risikofaktorene kan avdekkes og når muligheten for behandling eller forebygging har noe effekt.

Forebygging er i det store og det hele avhengig av om risikofaktorene er den virkelige kausale årsaken til vold eller ikke.

Risikofaktorer opptrer sjeldent isolert. Det er viktig å understreke at ingen single eller sett av risikofaktorer er i seg selv nok for å kunne forutsi om et barn eller en ungdom vil bli voldelig (Rutter & Rutter, 2000).

Risikofaktorer kan imidlertid gi sterke indisier, som kan brukes til å lokalisere grupper og personer som har høy risiko for å utvikle voldelig atferd. Grupper og personer som befinner seg i risikozonen kan bli målgruppe for programmer.

Beskyttelsesfaktorene har en sentral plass i forebyggings- og behandlingsprogrammene.

## 6.5 Interaksjon mellom risikofaktorer

I følge Kraemer m.fl. (2001) er det fem ulike måter interaksjon mellom to risikofaktorer foregår på: Proxy (fullstendig), overlapping, uavhengig risikofaktor, mediator og moderator. Dette er viktige perspektiver når man skal gjennomføre en intervensjon, når A og B er ulike risikofaktorer og O er utfall:

- I. B er en *proxy (fullstendig) risikofaktor* i forhold til A når: B er en proxy (fullstendig) risikofaktor til A i forhold til O, om A og B er korrelater og A dominerer. Med dette menes at det er flere risikofaktorer, som alle er proxy (fullstendige) risikofaktorer for

en hovedrisikofaktor. De har det formål å gi en klarere forståelse av hva den kausale sammenhengen kan være. Et eksempel er at mangelfull oppdragelse har vist seg å være en risikofaktor for AD/HD. Alle komponenter for mangelfull oppdragelse (eks. volds utøvelse) vil da være en risikofaktor for AD/HD. Alle risikofaktorer som er små indikatorer for en større risikofaktor, kan falle i gruppen av proxy risikofaktorer (Kraemer m.fl. 2001).

- II. *A og B er overlappende risikofaktorer:* A og B er korrelater og A og B er like dominerende. Dette kan forekomme når det blir brukt to måleinstrumenter på samme situasjon, hvor verken A eller B har ”forkjørersrett”. Begge måleinstrumentene fanger opp like risikofaktorer, og blir dermed overlappende (Kraemer m.fl. 2001).
- III. *A og B er uavhengige risikofaktorer:* når det ikke er en risikofaktor som er dominerende og A og B er ikke korrelater. A og B er i et slikt tilfelle like dominerende. For eksempel: Det å være kvinne (A) og ikke-hvit etnisk opphav (B), er begge risikofaktorer for spiseforstyrrelser (O). Her er det ingen klar hovedrisikofaktor og A og B er ikke korrelater. Om ”kvinne” og ”ikke-hvit etnisk opphav” samtidig er indikatorer for spiseforstyrrelser, blir de navngitt som uavhengige risikofaktorer (Kraemer m.fl. 2001).
- IV. *Mediator.* I forebyggings- eller behandlingsprogrammer er det ikke bare viktig å sette fokuset på sammenhengen mellom eventuelle risikofaktorer. I kartlegging av kausalkjedene er det også viktig å fokusere på faktorer som forekommer mellom risikofaktorer og utfall. Slike faktorer betegnes ofte i litteraturen som mediatorvariabler (Baron & Kenny, 1986). En mediator blir definert i Kraemer m.fl. (2001) som en variabel som forekommer i en kausal sammenheng fra en uavhengig til en avhengig variabel. Dette medfører variasjon i den avhengige variabelen, og mediator variabelen er avhengig av den uavhengige variabelen.

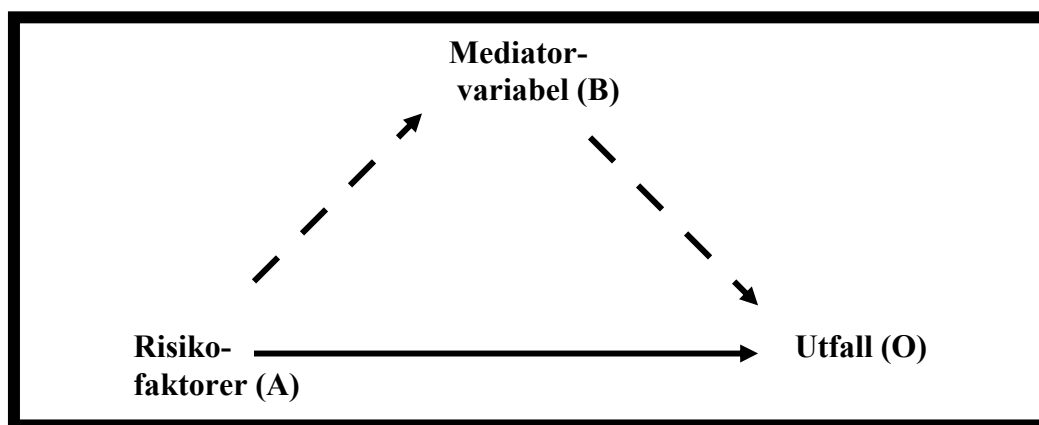
Forskere har i lengre tid sett viktigheten av den *medierende effekten*. S-O-R modellen tar for seg at det finnes et aktivt ledd mellom S (stimulus) og R (responsen), O. Dette leddet O er den medierende effekten (Baron & Kenny, 1986).

Det er tre punkter som må ligge til grunn for at det er snakk om mediasjon:

- Nivåvariasjon i risikofaktoren fører til nivåvariasjon i mediatoren
- Variasjoner i risikofaktorene fører til variasjoner i utfallet.
- Kontroll av relasjonene mellom risikofaktoren og mediatoren, og mellom mediatoren og utfallet, svekker relasjonene mellom risikofaktorene og utfallet (Baron & Kenny, 1986).

Mediator variabel B forklarer hvordan og hvorfor en annen variabel A (risikofaktorer), påvirker utfallet O (Leve & Chamberlain, 2005; Kraemer m.fl. 2001; Herrebrøden, 2006). Dette forholdet er fundamentalt for utvikling av kausale sammenhenger.

Fig 3: Mediasjonsmodellen til Baron og Kenny (1986):



Et eksempel på en mediatorvariabel kan være antisosialvenner (A), lav kontroll i hjemmet (A), voldsutøvelse i hjemmet (A) er alle helt eller delvis mediert av attribusjonsmønster til voldsutøvelse (O).

- V. *Moderator*. Enda mer komplekst kan det bli når vi også ser på hvordan A *moderer* B, en modererende effekt.

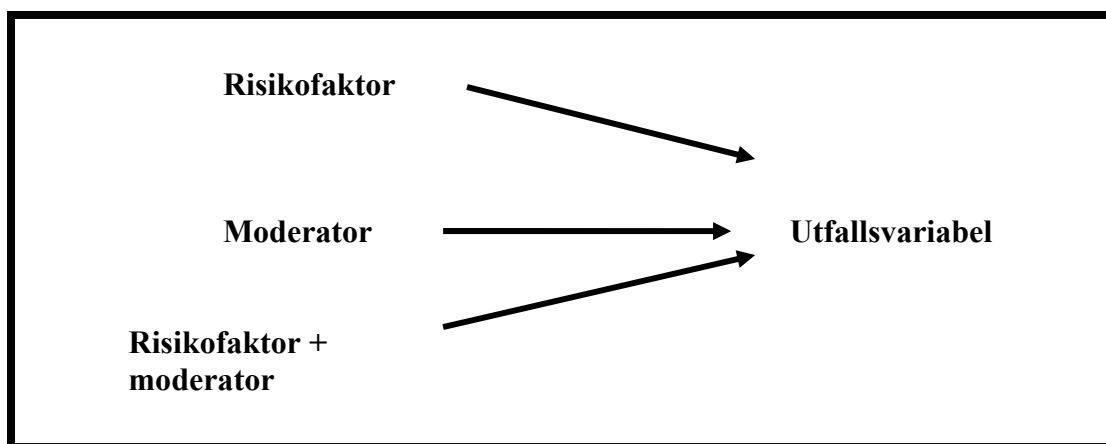
*Moderende effekter* har ikke i så stor grad blitt gjenstand for forskning som medierende effekter. Moderende effekter kan være både kvalitative (kjønn, rase, klasse) og/eller kvantitative (nivå for belønning) variabler som avgjør retningen og/eller styrken av relasjonen mellom uavhengige eller avhengige variabler (Baron & Kenny, 1986).



En modererende faktor (A) spesifiserer hvem eller under hvilke betingelser en annen variabel (B) vil påvirke retningen og styrken på den kausale forbindelsen og gjennom dette påvirke både risikofaktoren og utfallet (Kraemer m.fl. 2001).

I Baron og Kenny (1986) er det skissert en figur som klargjør dette forholdet. I denne figuren er A, B og interaksjonen mellom A og B avhengige variabler:

Fig: 4



Figuren viser hvordan moderatoren kan fungere som en forsterkning av utfallet. Risikofaktoren kan i dette tilfellet være antisosiale venner. Utfallet kan være voldsutøvelse og moderatoren kan være lav oppfølging og tilsyn fra hjemmet. Når begge disse er tilstede på én gang predikerer interaksjonen variasjon i utfallet utover den samlede effekten risikofaktor og moderator har hver for seg.

En moderatorvariabel spesifiserer for hvem eller under hvilke betingelser en annen variabel vil ha en effekt på utfallet og gir ingen informasjon om risikoprosessen. Disse variablene kan gi utgangspunkt for å selektare risikopopulasjoner. Moderatorvariabler er på samme måte som risikofaktorer alltid uavhengige variabler (Herrebrøden, 2006). Moderende effekt kan kun oppstå når A influerer forholdet mellom B og utfallet (O) uten at B selv blir influert (Kraemer m.fl. 2001).

Det er svært vanlig i psykologisk litteratur å skille mellom situasjoner hvor A har en direkte innflytelse på B (mediator), og hvor A influerer forholdet mellom B og utfallet (moderator)

(Kramer m.fl. 2001). Spesielt er dette avgjørende når vi skal utrede hvilke faktorer det vil lønne seg å angripe for å oppnå mest mulig intervensjonseffekt.

## **6.6 Behandlingstiltak sett i et historisk lys**

Jeg ønsker å se kort på historikken rundt behandling av barn og unge med antisosial atferd her i landet.

I følge Ogden (2001) har det gjennom de siste 40 årene vært pendelsvingninger fra arv til miljø innenfor forskning rundt behandling av barn og unge med antisosial atferd. Ut på 1960- og 70 tallet hadde miljø- og læringsoptimisme en sentral rolle i utviklingen av behandlingsmetodene. De siste 20-30 årene har vært preget av sosiale interaksjoner med vekt på det sosial økologiske samspillforholdet. Dette synet har vært svært gjeldene i flere sentrale intervensjonsprogrammer (MST, FFT og MTFC).

I de senere årene har imidlertid også det biologiske perspektivet på nytt kommet i fokus med vekt på genetiske risikofaktorer. Det biologiske perspektivet viser til hvordan bestemte miljøpåvirkninger kan være risikofaktorer som kan føre til utvikling av alvorlige atferdsproblemer. Her kommer også fokuset på beskyttelsesfaktorer. Beskyttelsesfaktorene kan føre til at barn og unge ikke utvikler alvorlige atferdsproblemer. Hvordan risikofaktorer kan påvirke utfallet (voldsutøvelse), kommer jeg tilbake til under kap.6.0. De siste årene har det skjedd en betydelig påvirkning mellom teoritradisjoner. Dette medfører at det kan være vanskelig å plassere dem skarpt atskilt fra hverandre (Ibid, 2001). Tendensen er at programmer som tar for seg utvikling av antisosial atferd har blitt mer omfattende og inkluderer et bredere perspektiv enn tidligere (individuelle, familiemessige, samfunnsmessige osv.).

## 6.7 Kapitteloppsummering

Grunnprinsipper relatert til beskyttelsesfaktorer og risikofaktorer har jeg valgt å oppsummere i følgende punkter:

1. Beskyttelsesfaktorer og risikofaktorer opptrer i alle utviklingstrinn og stadier i livet – individuelt, i familien, i skolen, hos jevnaldrene og i samfunnet for øvrig.
2. Beskyttelsesfaktorer og risikofaktorer varierer i styrke, avhengig av hvor i utviklingen man befinner seg.
3. Risikofaktorer opererer ikke isolert, jo flere risikofaktorer et barn eller ungdom utsettes for, jo større er sjansen for at barnet/ungdommen utvikler voldelig atferd. Risikofaktorer kan bli hindret av beskyttelsesfaktorer.
4. Risikofaktorer øker sannsynligheten for at en ungdom vil bli voldelig, men de er ikke nødvendigvis årsaken til at en person blir voldelig.
5. Forskere har identifisert to perspektiver på ungdomsvold; før og etter puberteten. Volden har en topp midt eller mot slutten av tenårene

Disse punktene fører meg et skritt nærmere en sammenheng mellom effektive forebyggings og behandlingsprogrammer. For å kunne forklare hvorfor noen programmer er mer effektive enn andre er det også viktig å gripe fatt i forskning og teoriutviklingen på feltet. Jeg har i den sammenheng valgt å ta utgangspunkt i noen resultater fra noen av de utallige longitudinelle studiene som er utført på feltet i neste kapittel. I mitt tilfelle har også en motivasjonsfaktor vært å oppnå en mer grundig kjennskap til voldsbegrepet enn det man finner i generell pedagogisk litteratur. Voldsbegrepet vil derfor også bli diskutert, med fokus på ulike utviklingsbaner, som er avdekket gjennom longitudinelle studier, for start av voldelig atferd. I den sammenheng vil begrepene tidlig- og sen starter og kroniske voldsmenn bli presentert.

## 7.0 UTVIKLING AV VOLDELIG ATFERD

### 7.1 Atferdsforstyrrelser

Innen det psykiske helsevesenet blir barn og unge med vedvarende antisosial atferd betegnet med de psykiatriske diagnosene *atferdsforstyrrelse* eller *opposisjonell atferdsforstyrrelse*. Diagnosene blir satt ut ifra gitte kriterier. Diagnosen atferdsforstyrrelse ("conduct disorder") springer i USA ofte ut fra diagnosesystemet *DSM-IV* (Henggeler, m.fl., 2000, Sørli, 2000), mens vi i Europa også bruker diagnosesystemet fra World Health Organization, ICD-10 (Kaland, 2006). I DSM-IV må barnet ha vist 3 av 15 symptomer i løpet av de siste 12 månedene og minst 1 alvorlig handling i løpet av de siste 6 månedene (Sørli, 2000) for å få diagnosen CD (conduct disorder). Dette fører til at det er en langt større andel av barn med atferdsproblemer som faller under DSM-IV diagnosen. Dette er det viktig å ta hensyn når effektstudier analyseres, men også når tiltak skal implementeres.

### 7.2 To hovedutviklingsbaner for voldelig atferd

En av mytene er som vi har sett relatert til at vi kan identifisere risikofaktorer i tidlig barndom som kan predikere hvilke kvinner og menn som vil få en kriminell løpebane som voksen. Et eksempel er ved at de viser høy aggressivitet og eller ved å være "ute av kontroll" i tidlig barndom (U.S. Department of Health and Human Services, 2001). Om denne myten medfører riktighet vil denne ha en stor innvirkning og betydning for utvikling av forebyggingsprogrammer.

I rapporten fra U.S. Department of Health and Human Services (2001) argumenteres det for at det gjennom longitudinelle studier er avdekket to ulike hovedutviklingsbaner for voldelig atferd. Den ene banen er knyttet til unge som tidlig viser antisosial atferd, såkalte *tidlig startere*, og den andre banen kalles for *sen startere* (Moffitt, 1993; U.S. Department of Health and Human Services, 2001; Toland & Gorman-Smith, 1998).

Barn som viser en alvorlig voldelig atferd før puberteten faller i gruppen *tidlig startere*, mens ungdommer som først starter å vise voldelig atferd i puberteten eller senere vil bli kategorisert som *sen startere* (Eddy; 2001). Studier viser at det er en majoritet som først viser voldsutøvelse i ungdomsårene (Elliott, 1994 i U.S. Department of Health and Human Services, 2001). Ut fra denne kunnskapen kan en av mytene som tidligere er omtalt ikke medføre riktighet.

Disse tilhører det som foregående ble karakteriserte som *sen startere*. Sen startere viste ingen indikasjon på høy aggressivitet eller av å være ”ute av kontroll” i sin barndom.

Ved utvikling av forebyggings- og intervensjonsprogrammer er denne kartleggingen en viktig dimensjon å ta hensyn til. Det viser seg å være ulike risikofaktorer som er gjeldene for tidlig og sen startere <sup>1</sup>.

Setter man inn et voldsforebyggende program for ungdom, fra puberteten og eldre som målgruppe, vil gruppen *tidlig startere* ikke få tilbud om forebygging. Dette kan medføre at denne gruppe allerede har utviklet seg til å bli voldsutøvere, og at disse da ikke lenger har behov for forebygging, men behandling. Dette viser at det er behov for ulike forebyggingsprogrammer implementert på ulike tidspunkt for å nå flest mulig barn og unge.

Kort oppsummert: Det er viktig å sette inn forebygging i ulike alderstrinn og i ulike miljøomgivelser (primærforebygging), eller sette inn forebygging i selekterte (tidlig- og sen startere) grupper (sekundærforebygging/tertiærforbygging).

Jeg ønsker i det følgende avsnitt å se nærmere på hva som ligger i begrepene *tidlig* og *sen startere*, siden det ut fra forskningen på feltet er et avgjørende skille mellom ulike typer voldsutøvere (Loeber m.fl., 1998; U.S. Department of Health and Human Services, 2001). Det kan se ut som om dette skillet kanskje kan hjelpe oss en steg videre på veien mot å kunne skreddersy intervensjoner til den enkelte type voldsutøver.

---

<sup>1</sup> Se tabell over *risiko- og beskyttelsesfaktorer* (tabell 1).

## 7.3 Tidlig og sen startere

### 7.3.1 Tidlig startere

Hos barn som er tidlig startere er det atferdsproblemer allerede i tidlig barndom, eller før pubertet. Atferden eskalerer gradvis, og barnet viser mer og mer voldelig atferd, om det ikke blir satt inn suksessfulle forebyggings- og/eller intervensjonsprogrammer. Den tidlig startende gruppen skiller seg fra sen startere ved at tidlig startere tar med seg, i langt større grad, sin voldelige atferd fra ungdom til voksenalder. Gruppen blir karakterisert med en høyere rate av lovbrudd og mer alvorlige lovbrudd som voksen (U.S. Department of Health and Human Services, 2001; Toland & Gorman-Smith, 1998; Loeber m. fl;1998).

*The National Youth Survey* (NYS) ble startet i 1976 og viser at nesten 12,7 % av ungdommer (gutter) som har blitt identifisert som tidlig startere, er involvert i voldelig atferd i to ekstra år, sammenliknet med bare 2,5 % av de som er identifisert som sen startere (Toland & Gorman-Smith, 1998). Denne studien kommer jeg tilbake til senere.

Gutter er langt hyppigere å finne i gruppen tidlig startere enn jenter, forholdet er 1:4. Et mønster av aggressiv og antisosial atferd i tidlig skolealder hos barnet, hevder Sørli (2000) å være den beste enkelt prediktatoren for ungdomskriminalitet.

### 7.3.2 Sen startere

NYS studien viser at hoveddelen av ungdommer som viser voldelig atferd kommer i gruppen *sen startere*. Ungdommene i denne gruppen viste liten eller ingen tegn i barndommen til atferdsvansker, høy grad av aggressivitet eller problematferd generelt, som har vist seg å være risikofaktorer for å utvikle voldelig atferd senere i livet (U.S. Department of Health and Human Services, 2001; fig. 5). Sen startere har kortere antisosial karriere og atferden for denne gruppen avtar ofte etter noen år. Mange slutter av seg selv, "blir voksen" eller "raser fra seg" (U.S. Department of Health and Human Services, 2001).

Sen startere har andre innfallsporner til voldelig atferd enn tidlig startere. De såkalte risikofaktorene, som jeg omtalte under kap 6.0, forandrer seg noe når man kommer i ungdomsårene. Relasjoner til venner og vennegjenger får en ny og stor innflytelse på utviklingen og retningen ungdommen tar. Svake relasjoner mellom foreldrene og barnet/ungdom, blir en risikofaktor. Svake relasjoner mellom foreldre og barn/ungdom kan være et resultat av autoritær eller ettergiven holdning hos voksne, familiekonflikt og rastløshet i ungdommen. Dette har vist seg å være noen av risikofaktorene som er fremtredende for sen startere (U.S. Department of Health and Human Services, 2001).

Grovt oppsummeres tidlig og sen startere under fire punkter:

- 1) Jo høyere forekomsten av tidlig problematferd et barn viser, jo høyere er risikoen for senere og alvorlig problematferd.
- 2) Tidlig startere eskalerer sitt problematferdsmønster inn i voksen alder.
- 3) Forekomst av problematferd i én kontekst (eks. hjemme) er risikoen lavere for senere alvorlige atferdsproblemer enn de som viser problematferd i to (eks. hjemme og på skolen), og
- 4) med tidlig kontra sen start av et antisosialt atferdsmønster (Sørli, 2000).

#### **7.4 Start og utvikling av voldsatferd.**

Gerald Patterson utviklet en teori, på grunnlag av en rekke forskningsstudier, om hvordan barn med antisosial atferd kan være et produkt av læringserfaringer i familien. Han formulerte en *sosial læringsteori*, om utviklingen av atferdsproblemer og antisosial atferd (Ogden, 2001:42). Teorien om sosial læring og sosial interaksjon er en empirisk basert teori.

Patterson (1990) omtaler noe han kaller ”The Coercion family process”. Begrepet referer til at en person i en interaksjon med en annen bruker aversive stimuli betinget av atferden til den andre. Coercion består i hovedsak av tre negative mønstre:

1. *Negativ gjengjeldelse*, et negativt utspill fra den ene medfører negativt svar fra den andre,
2. *en opptrapping*, som øker konfliktnivået og

3. *en oppnåelse av negativ forsterkning*. Negative motreaksjoner opphører eller aversive konsekvenser frafaller (Patterson, 1990).

Patterson beskriver utviklingen av antisosial atferd i fire faser. Disse fire fasene har kronologisk rekkefølge, begynner i tidlig alder og går opp til voksen alder (Ogden, 2001).

1. *Grunntreningsfasen*: samhandlingsmønstrene i familien er preget av gjensidig tvang og press. Barn har ofte bestemte nevrologiske og fysiologiske kjennetegn som sammen med et sterkt temperament medfører vanskeligheter med å kontrollere og påvirke.
2. *De sosiale omgivelsene reagerer*: avvisning av prososiale venner og skoleproblemer. Antisosiale barn har vanskeligheter med å knytte relasjoner til andre barn i skole og barnehage. Gradvis avvises de av sine klassekamerater og blir tilskuere til positive aktiviteter.
3. *Avvikende venner og finsliping av antisosiale ferdigheter*: ungdommen søker antisosial venner. Antisosiale barn søker likesinnede. I 12-13 årsalderen dannes det gjenger som viser en negativ holdning til skole og voksne autoriteter. Skulking, mobbing, tyveri og andre kriminelle handlinger er kjennetegn ved disse gruppene.

Hvis utviklingen fortsetter vil ungdommen komme på neste nivå:

4. *Karriere som antisosial voksen*: permanent manifisering av antisosial atferd som viser seg i familie, arbeid og i samfunnet. Det blir vanskelig å holde på jobb og familie, og de blir ofte ensomme.

Teorien hjelper til med å predikere hvilke interaksjoner barn og unge, som står i fare for å utvikle alvorlig antisosial atferd, inngår i. Teori har spilt en sentral rolle i forebygging og behandling av *tidlig startere* (Patterson, 1990). Patterson hevder at kronisk antisosial atferd hos barn er et direkte resultat av mangelfull oppdragelse fra foreldrenes side. Han hevder videre at det er fem sentrale ferdigheter i oppdragelsen: disiplin, tilsyn, problemløsning i familien, foreldrenes involvering og positiv forsterkning (Ogden, 2001).



## 7.5 Fire viktige longitudinelle studier

Det er fire viktige longitudinelle studier som ligger til grunn for hvordan mange i dag ser på start, utvikling og andre karakteristikk rundt alvorlig voldsutøvelse i ungdomsårene (USA). Alle studiene definerer alvorlig kriminalitet som grovt overfall, ran, gjengoppgjør, kriminalitet eller voldtekt (U.S. Department of Health and Human Services 2001).

Den ene studien er en landsomfattende undersøkelse utført i USA, *National Youth Survey* (NYS). Dette er en longitudinell studie som fremdeles er pågående (vår 2006). Utvalget i studien består av 1725 ungdommer i alderen 11 til 17 år. Studien startet i 1976. I starten av studien ble ungdommene og en av foreldrene til ungdommen intervjuet. Utvalget ble valgt ut ifra at ungdommene var bosatt på en tilfeldig adresse og at ungdommen var født i spesielt utvalgte år. Utvalget har som formål å representere populasjonen av ungdommer i USA (colorado.edu/ibs, 2005). Ungdommene er nå fulgt av forskere i mer enn 30 år. Det er vektlagt å avdekke når, og i hvilken kontekst holdningsendringer finner sted, hvordan holdningen til karriere forandrer seg og involvering i samfunnet og i familien (Chamberlain, 2003). Man ser også på hvordan holdningene til voldelig atferd og narkotika har forandret seg, og hvilke sosiale verdier forsøkspersonene har i ulike stadier i livet (U.S. Department of Health and Human Services 2001).

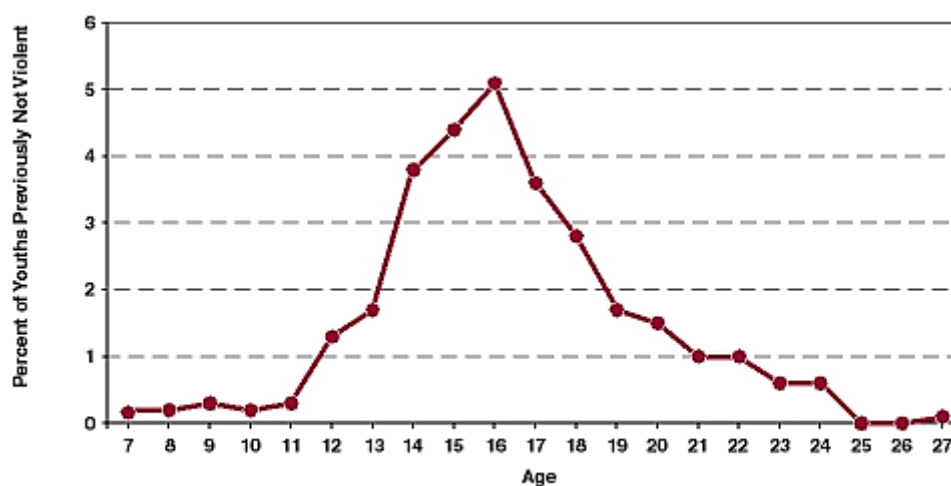
De tre andre viktige longitudinelle studiene er sponset av *U.S. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention* og *The national Institute of health*. I 1988 begynte tre team av forskere å intervju 4.500 ungdommer i alderen 7 til 15 år, fordelt på tre byer i USA (Denver, Pittsburgh og Rochester i New York). I studiene ble ungdommene overvåket på ulike tidspunkt fra 1988 til 1994. Hvert utvalg representerte ungdom i risikozonen for utvikling av kriminell atferd, og utvalgene måtte være store nok til å kunne trekke valide konklusjoner rundt kriminalitet og voldelig atferd. Hver av de tre studiene vektla ulike fremgangsmåter for å innbringe lokale estimater (U.S. Department of Health and Human Services 2001). Disse studiene har i motsetning til NYS, hentet sitt datamateriale fra byområder, ikke nasjonalt.

Kun NYS studien hevder å studere risiko for utvikling av alvorlig voldelig atferd for tidlig startere, selv om start-utvalget er ungdom fra 7 til 15 år. Jeg antar at definisjonen til *tidlig startere* er noe annerledes her, mulig start i puberteten. Alvorlig voldelig atferd viser seg i denne studien å starte i perioden 12 til 20 år som vist i figur 5. Studiene viser at 85 % av

individene som er involvert i alvorlig voldelig atferd i 27 års alderen, hadde sin start i alderen 12 til 20 år (U.S. Department of Health and Human Services 2001). Toppunkt for start av voldelig atferd var ved 16 år, da rundt 5 % av ungdomsguttene rapporterte deres første episode av alvorlig voldelig atferd her. Dette underbygger hypotesen om at den største gruppen av ungdommer som bruker vold er sen startere.

Frekvenspolygonen under viser dette:

Figur: 5 - NYS studien

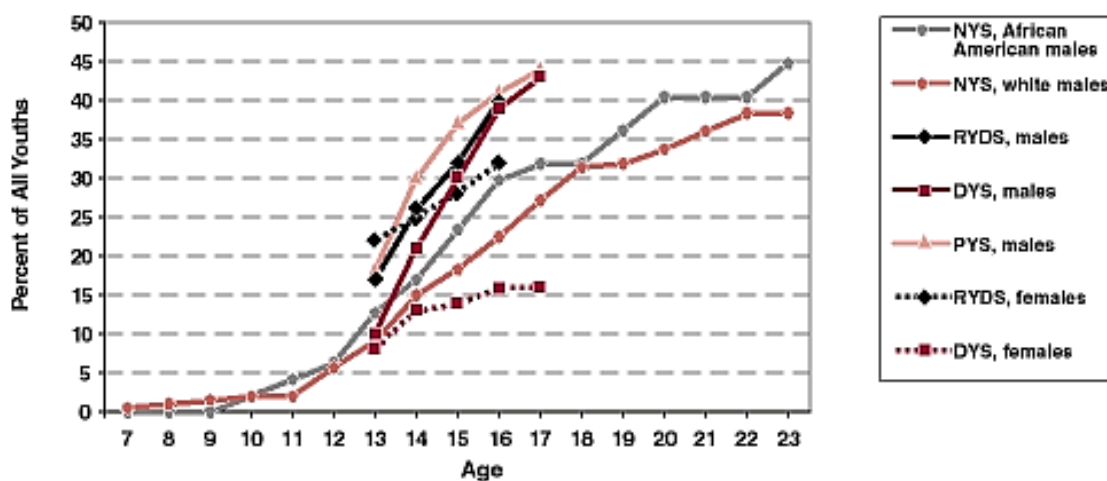


Source: Elliott, 1994. 95% confidence intervals are all less than or equal to  $\pm 1.0\%$ .

(Elliott, 1994 i U.S. Department of Health and Human Services, 2001: 43)

NYS studiens tall ligger noe under de tall som de tre by studiene kom frem til. Denne ulikheten kan komme av bruk av vold ligger gjennomsnittlig noe lavere nasjonalt enn i urbane byer. Tidsrommet kan også være grunn for ulikheten i studiene, NYS i perioden 1976-1986 og de tre by studiene i perioden 1986 eller 1988 til 1994 (U.S. Department of Health and Human Services, 2001).

Fig: 6 - Oversikt over de fire longitudinelle studiene, eskaleringen av voldelig atferd.



Sources: National Youth Survey (NYS), 1976–1993 (Elliot, 1994); Rochester Youth Development Study (RYDS), 1986–1999; Denver Youth Survey (DYS), 1988–1999; Pittsburgh Youth Study (PYS), 1986–1999 (Huizinga et al., 1995). Confidence intervals are as follows: NYS African American males = .45 ( $\pm 9.8$ ); NYS white males = .38 ( $\pm 3.9$ ); RYDS males = .40 ( $\pm 3.7$ ); DYS males = .43 ( $\pm 3.6$ ); PYS males = .44 ( $\pm 2.6$ ); RYDS females = .32 ( $\pm 6.1$ ); DYS females = .16 ( $\pm 2.8$ ).

(U.S. Department of Health and Human Services 2001: 46).

Voldelig ungdom starter som regel ikke sin voldskarriere med en alvorlig voldshandling. Det er generell enighet, på bakgrunn av resultatene fra en rekke studier, at en voldelig løpebane starter med relativt svake former for antisosial atferd og småkriminalitet (se f. eks. Loeber, 1998, Toland & Gorman-Smith, 1998). Flere komplekse baner til alvorlig voldelig atferd er også avdekket. The National Youth Survey studien antar at voldsbruk eskalerer over tid. NYS studie viser også at de fleste ungdommer som tar til vold er involvert i flere ulike typer av voldsbruk, begynner sin løpebane med overfall, så tyveri og til slutt voldtekt (voldtekt ser ut til å være det siste i rekken). (U.S. Department of Health and Human Services 2001).

Når antisosiale ungdommer får voldelig atferd som en del av sitt repertoar, ser det ikke ut til at dette erstattes av mindre alvorlige former for bruk av vold. Det viser seg også at voldelig atferd ofte kommer i tillegg til de problemene som allerede er tilstede hos ungdommen (U.S. Department of Health and Human Services 2001).

## 7.6 Kroniske voldsmenn.

Kroniske voldsmenn definerer jeg som individer som har begått flere enn tre alvorlige voldelige handlinger. En liten del av meget voldelige ungdommer er ansvarlig for majoriteten av voldelig kriminalitet. Dette er et funn som blir støttet både av selv rapportskjemaer og registrerte arrestasjoner (Toland & Gorman-Smith, 1998). Den lille delen av meget voldelige ungdommer blir her kalt *kroniske gjerningsmenn*. Data fra NYS studien viser at kroniske gjerningsmenn var ansvarlig for 76 % av grove forbrytelser og 89 % av alle tyveri/ran i 1980 (U.S. Department of Health and Human Services 2001). I Moffitt sin longitudinelle studie (1993) fremkommer det at 5 % til 6 % av kroniske voldsmenn i Australia stod for 50 % av all registrert kriminalitet.

Ungdommer som startet sin voldelige løpebane tidlig (før puberteten) har en større risiko for å bli kroniske voldsmenn (Loeber, 1998; Chamberlain, 2003). I Rochester undersøkelsen viste at 39 % av barn, som hadde vist voldelig atferd før fylte 9 år, ble kroniske gjerningsmenn. 30 % av de som viste voldelighet i alderen 10-12 år ble kroniske gjerningsmenn, og 23 % av som viste voldelighet etter fylte 13 år ble kroniske gjerningsmenn. I Denver undersøkelsen viste det seg at 62 % av som viste voldelig atferd i 9 års alderen, og 48 % av de som viste voldelig atferd i alderen 10 til 12 år, utviklet seg til kroniske voldsmenn. Denver undersøkelsen viste at 55 % av alle kroniske gjerningsmenn i Denver hadde en tidlig start på sin voldskarriere (U.S. Department of Health and Human Services, 2001). Selv om sen startere er en større gruppe ungdommer, kommer mindre enn halvparten av kroniske voldsmenn fra denne gruppen.

## 7.7 Kapitteloppsummering

Det er to generelle baner til voldelig atferd. Disse har blitt avdekket gjennom ulike longitudinelle studier og karakteriseres ved *tidlig- versus sen start*. Tidlig startere begynner sin voldelige løpebane før puberteten. Sen startere begynner sin voldelige løpebane i ungdomsårene, etter puberteten. Ungdommer som faller inn i gruppen av tidlig startere begår generelt flere lovbrudd og mer alvorlig kriminalitet over en lengre periode enn sen starterne. Tidlig startere eskalerer sin voldelige atferd fra barndommen, gjennom ungdomsårene og inn i voksen livet, om ikke forebyggings- eller behandlingsprogram blir satt inn.

Hovedparten av ungdommer som viser voldsutøvelse, starter i ungdommen, som sen startere. Deres antisosiale atferd varer som regel over en kort periode, med en topp i 16 - 17 års alderen. Det har vist seg vanskelig å avdekke risikofaktorer i tidlig alder som kan predikere sen starteres bruk av vold.

Ungdommer som er involvert i alvorlig voldelig atferd viser som regel også andre former for atferdsvansker og utøver også andre former for kriminalitet. Alvorlig voldelig atferd er som regel en del av en livsstil som inkluderer narkotika, våpen, tilfeldig seksuell omgang og annen risikoatferd. Dette gjør at man får en utfordring med å oppnå en vellykket intervensjon. En må konfrontere en problematikk som ikke kun er relatert til bruk av vold.

## 8.0 FOREBYGGING OG INTERVENSJON

Det har over lang tid blitt konkludert med at ”*ingenting virker*”, når man snakker om forebygging/behandling av voldelige barn og ungdom. Dette har vist seg å være for pessimistisk (Ogden, i Henggeler, 2000:5).

Begrepet *forebygging* er i hovedsak et positivt ladet ord. Forebygging er å eliminere eller begrense et uheldig utfall før det springer ut. Innen forebygging argumenterer Helland (1998) at det er viktig å være oppmerksom på at karakteristikker ved de konkrete målgruppene har stor betydning. Forskjeller mellom individer som er dømt for voldsutøvelse, kan tyde på at program med god forebyggende effekt på noen, kan ha hatt motsatt virkning på andre.

Behandlingsprogrammer for voldelige barn og unge deles i hovedsak inn i effektive og ineffektive programmer. Jeg velger å ta for meg programmer som har vist seg å være effektive, på bakgrunn av de selekterte kriteriene Blueprints for Violence Prevention har satt for at et program kan anses å ha hatt effekt.

Blueprints for Violence Prevention, er et prosjekt som ble startet i 1999, ved universitetet i Colorado. Hovedoppgaven til prosjektet var å identifisere programmer som vitenskapelig viser seg å være effektive i å redusere bruk av vold. De eksakte kriteriene kommer jeg tilbake til i kapittel 10.2. Programmene i Blueprint for Violent Prevention blir delt inn i *Modell-* og *Promising (lovende)* programmer.

Det finnes ikke et rådende kriterium for identifisering av modell programmene. Det er flere ulike inndelinger og kriterier for denne grupperingen. Jeg velger å legge kriteriene til Blueprints for Violent Prevention til grunn. Kriteriene er også i overensstemmelse med anerkjente vitenskapelige kriterier for evaluering av programmer (Elliott, 1998).

### 8.1 Identifisering av de mest effektive programmene

I starten av en intervensjon er det viktig at flere viktige perspektiver blir klargjort. I følge

Elliott (1998) er det fire viktige punkter:

1. Definerer av problemet man ønsker å forebygge/behandle,
2. identifisering av de kausale effektene som ligger til grunn,
3. utvikling av test-intervensjoner og
4. implementering av intervensjon og måling av effekt gjennom evaluering.

I dagens samfunn har det vist seg et behov for å liste opp lovende og eksemplariske/modell programmer. Denne inndelingen kan man si begynte i 1992 med Mark Lipsey. Lipsey utførte en meta- analyse av effektiviteten til en rekke ungdomsprogrammer. Meta-analysen identifiserte ikke spesifikke programmer, men fremgangsmåter som viste seg å være effektive (Greenwood, 2004).

I *The National Academy Panels* rapport om bruk av vold fra 1993, var konklusjonen langt mer pessimistisk. Reiss og Roth kom frem til at det ikke fantes eksemplariske forebyggings programmer som med sikkerhet ville oppnå et positivt utfall. Det var ingen programmer som ville falle under *modell programmer* (Greenwood, 2004).

Litt senere kom en annen rapport, *What Works In Reducing Adolescent Violence*. Denne rapporten var skrevet av Guerra og Toland ved *Center for the Study and Prevention* ved universitet i Colorado i Boulder. I rapporten hevdet de at det var flere eksemplariske modellprogrammer som de hadde tillit til. I følge dem var det spesielt *Multisystemic Therapy* og *Functional Family Therapy* som utmerket seg (U.S. Department of Health and Human Services. 2001).

*The Criminology Department* og *University of Maryland* kom med en rapport som var finansiert av *Departementet for Justice*. Bidraget anses i etterkant å ha vært viktig for utviklingen av identifiseringen av behandlingsprogram. Rapporten utviklet *SMS 5*, som er et fem stegs *scientific methods score*. Denne metoden var et godt verktøy for å kunne kategorisere programmer som var effektive og programmer som var ineffektive (jfr. U.S. Department of Health and Human Services. 2001).

Det neste viktige steget i kategoriseringen av programmer kom da det første settet av *Blueprints* ble publisert av *Center for the Study and Prevention of Violence* ved Universitet i

Colorado. Blueprint for Violent Prevention delte programmene de analyserte inn i *modell* og *promising(lovende) program*.

For å bli kategorisert som modell program må programmene være evaluert ved hjelp av eksperimentelle eller kvasi-eksperimentelle undersøkelser. Målet for Blueprints var å fokusere på å finne frem til et lite antall svært veldeignede og godt utprøvde programmer som har vist effekt (Wasserman og Miller ref. i Loeber og Farrington, 1998). I dag har Blueprints for Violent Prevention identifisert 12 modell programmer og 20 promising (lovende) programmer.

Den seneste utviklingen som er gjort i identifiseringen av effektive forebyggingsprogrammer er nedskrevet i rapporten *Surgeon General on Youth Violence*. Denne rapporten ser på nye trender på feltet, utviklingsretninger, risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer og myter rundt ungdomsvold. Rapporten tar også for seg forskning rundt voldsforebygging blant ungdom (Wasserman & Miller ref. i Loeber, R. og Farrington, D.P. 1998). I rapporten blir programmene, i likhet med Blueprints, identifisert i *promising* og *modell* program. Men modell programmene blir i tillegg delt inn i *Level 1* og *Level 2*. Level 1 programmene favner programmer som har vist effektivitet hos gruppen barn og unge som har vist alvorlig voldsutøvelse og alvorlig kriminalitet. Level 2 programmene favner programmer som har vist seg effektive ved å redusere risikofaktorer hos barn og unge (Greenwood, 2004).

Greenwood (2004) argumenterer videre med at det er mange programmer som ikke kan vise til vedvarende effekt, ved at de ikke overholder de vitenskapelige standarder som har vist seg å fungere.

## **8.2 Definerings og kategorisering av de ulike forebyggingsprogrammene.**

Forebyggings- og behandlingsprogrammer er i hovedsak kategorisert i tre grupper. Når det er snakk om hvor selekterte populasjoner eller individene blir (U.S. Department of Health and Human Services, 2001) inndelt.



Definering og kategorisering av de ulike forebyggings- og behandlingsprogrammene blir i hovedsak delt inn i tre grupper: *primær*, *sekundær* og *tertiær* programmer.

*Universelle* eller *primær programmer* er programmer som tar for seg større populasjoner som ikke er selektert ut. Programmene omfatter alle i populasjonen uansett om individene i populasjonen har ulik grad av risikofaktorer.

Universelle/primære intervensjoner koster mindre pr barn enn de fleste andre intervensjonene, siden de blir rettet mot en større populasjon. De er imidlertid ikke nødvendigvis mer kosteffektive enn andre intervensjoner, det vil si at effektiviteten til mer selekterte eller indikerte programmer viser seg å være større.

*Selekterte/sekundær programmer* i kontrast til universelle program, er målgruppen i denne gruppen barn og unge som befinner seg i en risikosone.

*Indikerte/tertiær program* behandler barn og unge som viser klare tegn til bruk av vold. Konseptet av universell, selektert og indikert program lagt inn i forebygging nivåer.

### 8.3 Forebygging

En hyppig brukt inndeling av forebyggingsbegrepet er mellom primær-, sekundær- og terciærforebygging. Denne begrepsmessige tredelingen - som stammer fra forebyggende psykiatri - er definert ut fra hvilken fase i en problemutviklingsprosess innsatsen settes inn og i hvilken grad det er mulig å identifisere målgrupper og problem (Caplan 1964).

Standarden for seleksjonen av modellprogrammene til Blueprints er meget høy. I skrivende stund er 12 program blitt identifisert som *modell program*. De ulike programmene dekker alle trinn i grunnskolen. Målgruppene går fra å omhandle hele grupper av barn og unge (universale program), høyrisikogruppe barn og unge (selekterte program), og for barn og unge som allerede har vist tegn på eller utført voldelig atferd.

Jeg skal i det følgende se nærmere på disse tre formene for forebygging.

### 8.3.1 Primær forebygging (generell ungdom)

Primær forebygging befinner seg på et universelt nivå<sup>2</sup>, og har som hovedmål å forebygge, og eventuelt hindre, voldelig atferd blant unge og relaterte risikofaktorer og foregripe negativ utvikling (U.S. Department of Health and Human Services, 2001). Noen primærforebyggende tiltak er designet for å forandre individuelle risikofaktorer, andre igjen tar for seg risikofaktorer knyttet til omgivelsene.

Et primær forebyggings tiltak har vært vellykket når det fører til en reduisering av utfall sammenlignet med det forventede utfall (gjørne vurdert ved sammenligning med en kontrollgruppe) innenfor en begrenset tidsperiode.

Eksempel på primærforebygging blant modell programmene til Blueprints for Violent Prevention er: *Life Skills Training* (LST), *Midwestern Prevention Project* (MPP), *Promoting Alternativ Thinking Strategies* (PATHS) og *Bullying Prevention Program* (BPP). Disse programmene har ulike mål. Eksempel på mål er å redusere narkotikabruk, å redusere mobbing, å øke deltakernes emosjonell kompetanse, å øke deres sosiale kompetanse og/eller øke deres ferdigheter for problemløsning.

Likheten ved disse programmene er at alle har lite selekterte grupper som mål for forebyggingen.

#### **Det er tre ulemper ved disse intervensjonene som spesielt peker seg ut**

- I. De har lav individuell effekt
- II. De er kostbare
- III. De har størst effekt på de som trenger det minst (Offord & Bennet 2002)

Flere detaljer rundt de ulike programmene vil jeg komme tilbake til under kap. 10.0.

---

<sup>2</sup> Noe som betyr at alle i et geografisk område blir tilbudt intervensjonen og at det ikke er noen form for aktiv oppsøking av ungdommene.

### 8.3.2 Sekundærforebygging (høy risiko ungdom)

Sekundær forebygging tar for seg barn og unge som er i en høyrisikogruppe for utvikling av voldsatferd (U.S. Department of Health and Human Services 2001; Capland, 1964).

Sekundærforebyggingen er i følge U.S. Department of Health and Human Services. (2001) den mest effektive formen for forebygging. Det er her de beste resultatene vises.

Eksempler på sekundærforebygging i Blueprints for Violent Prevention er *Nurse – Family Partnership* (NFP) og *The Incredible Years Series* (IYS).

Denne typen forebygging er ofte knyttet til to ulike typer målrettede intervensjoner

- I. **Selektert forebygging:** Tiltak rettes mot individer eller målgrupper med økt risiko (f. eks. barn av foreldre som er i kontakt med hjelpeapparatet)
- II. **Indikator forebygging:** Høyrisikogruppen er identifisert gjennom svake symptomer eller biologisk markør for en etablert forstyrrelse. Dette for eksempel å være barn med antisosiale symptomer, men ikke atferdsforstyrrelse (Bjørnebekk, 2006).

Det er også knyttet en del ulemper til denne typen intervensjoner:

- I. Den er kun effektiv når det er mulig å avdekke problematikk tidlig
- II. Den kan føre til stigmatisering og stempling
- III. Den har ofte hatt problemer relatert til kostnadsbudsjettering og deltakelse (stort frafall)
- IV. Det har vist seg vanskelig å finne fram til de ”rette” individene. Noen som ikke trenger intervensjonen kan bli inkludert, andre som trenger tiltaket utelukkes (Ibid, 2006)

### 8.3.3 Tertiær forebygging

Tertiærforebyggings programmer blir satt inn hvor barn og unge allerede har brukt vold eller har utført alvorlig kriminell atferd (U.S. Department of Health and Human Services, 2001).

Tertiær forebygging ligger på grensen til behandling og rehabilitering. Her finner man de tiltakene som blir satt inn hos de tyngst belastede ungdomskriminelle (Helland, 1998). Målet med tertiærforebygging er å redusere eller eliminere antisosial atferd. På samme måte som

sekundærforebygging omfavner primærforebygging, omfavner tertiærforebygging de to foregående.

I Blueprints for Violent Prevention finner vi tre programmer som i hovedsak befinner seg på dette nivået. Det er *Multisystemic Therapy* (MST), *Functional Family Therapy* (FFT) og *Multidimensional Treatment Foster Care* (MTFC). Dette er også programmene som er utgangspunktet for min drøfting senere i oppgaven, i del II.

Kort oppsummert opereres det vanligvis med tre forebyggingsnivåer, som er atskilt ut fra hvilken fase i utviklingen av voldspildene det intervenseres.

- I. Før forstyrrelsen oppstår
- II. Når den er i gangsett
- III. Etter at den er fullt manifestert

Jeg har nå tatt for meg inndeling av forebyggings- og behandlings program ut ifra når intervensjonen igangsettes.

I Blueprints for Violent Prevention blir programmene delt inn i følgende tre hovedgrupper. Denne inndelingen tar ikke utgangspunkt i når intervensjonen settes inn, men hvor stor effekt programmene har vist seg å ha gitt bestemte selekterte krav.

#### **8.4 Modell, promising (lovende) og ineffektive program**

De tre gruppene står i et hierarki til hverandre:

- I. *Modell program*: programmer med høy effekt som er evaluert gjennom en rekke studier
- II. *Promising program*: har kun lav effekt eller/og er ikke grundig nok evaluert
- III. *Ineffektive*: har ikke oppnådd noen effekt eller til å med en skadelig effekt

Få eksisterende forebyggings- og intervensjonsprogrammer møter de strenge kriteriene for *modell program*. Flere programmer faller imidlertid inn under *promising program* (mulig det også er flere som ville komme inn under denne kategorien om det var flere programmer som

hadde blitt evaluert grundig). Selv om et program ikke kommer inn under modell eller promising program vil det ikke si at det uten videre er ineffektivt. I de fleste tilfellene betyr det at de ikke er evaluert grundig nok. De som har gjennomgått evalueringen, og viser seg å være ineffektive, blir klassifisert som *ineffektive* (U.S. Department of Health and Human Services, 2001).

Programmer er først og fremst klassifisert som *effektive* eller *ineffektive*. Effektive strategier er videre delt inn i *modell program*, som innehar en meget høy standard for effektivitet, og *promising program*, som inneholder en minimum standard, slik som skrevet i delen over.

## 8.5 Kapitteloppsummering

Primære forebyggingsprogram er designet for å fange opp den målgruppen ungdommer som ennå ikke har blitt involvert eller har støtt på spesifikke risikofaktorer for voldelighet. Forebyggings ”produktet” inkluderer generelle strategier og programmer som har som målgruppe den generelle populasjonen av ungdom.

Intervensjon på sin side, er tiltak rettet mot bruk av vold blant ungdom. Målgruppen er unge som allerede er bærere av en eller flere risikofaktorer relatert til bruk av vold (høyrisiko ungdom), eller som allerede bruker vold eller har utført alvorlig kriminalitet. Intervensjoner er også kjent som sekundær og tertiær forebygging. Sekundær og tertiær forebygging innebærer derfor både elementer av forebygging og intervensjon (U.S. Department of Health and Human Services, 2001).

I Blueprints for Violent Prevention blir programmene som blir evaluert, delt inn i tre hovedgrupper. Disse gruppene er *modell*, *promising* og *ineffektive programmer*. Denne inndelingen er med på å systematisere programmene og gjøre feltet mer oversiktlig for personer som skal iverksette en intervensjon.

Forebyggings- og intervensjonsprogrammer må være komplekse og ta hensyn til de ulike korrelatene og risikofaktorene for de ulike formene for vold. De må også ta hensyn til de variasjoner, som for eksempel tidlig og sen startere/emosjonell versus instrumentell

aggresjon, når forebyggingsprogram utvikles. Programmer som dekker tidlig barndom, barn og familier i høyrisiko for utvikling av voldsatferd, er viktige for å forbygge starten av en kronisk voldelig bane, men programmer må også hjelpe sen startere. Viktigheten av forebygging for sen startere er ikke fullt så anerkjent og vel forstått, hevder U.S. Department of Health and Human Services (2001) i rapporten om *Youth Violence*. Et stort antall av alvorlige voldelige gjerningsmenn slutter av seg selv.

## 9.0 TEORIER

Det er mange teorier som omhandler vold og voldsatferd. De fleste teoriene tar for seg utviklingen av selve voldsatferden. Et eksempel er Pattersons tilnærming (1990).

Voldsutøvelse kan være knyttet til det enkelte individ, slik som biologiske risikofaktorer. Den kan være lært i familien eller i kontekster utenfor familien. Voldelig atferd kan også utvikles i interaksjon mellom biologi og læring (Bjørnebekk, 1998). En rekke kognitive teoretikere har også studert utvikling av voldsutøvelse, eksempler Dodge, Berkowitz og Bandura. Sosial- og kognitiv teori knyttet til utvikling av voldelig atferd hos barn og unge tar utgangspunkt i at læring skjer i interaksjon med miljøet rundt barnet.

### 9.1 Teorier om vold

Jeg velger under dette punktet å ta for meg de sentrale teoriene knyttet til bruk av vold og utviklingen til voldsutøvelse. Utvalget som er foretatt på grunnlag av deres relevans med hensyn til:

”...En drøfting i lys av fra Blueprints for Violence Prevention, og i lys av relevant teori og forskning.”

I dagens ledende forebyggings- og behandlingsprogrammer (jfr.Blueprints for Violent Prevention) fokuseres et holistisk perspektiv. Det kan se ut som man beveger seg bort fra den individuelle medisinske/diagnostiske tenkningen.

### 9.2 Frustrasjon – aggresjonsteori

Den moderne frustrasjons – aggresjonsteorien ble utviklet av Dollar, Miller, Sears, Mowrer og Doob (Bjørnebekk, 1998). Frustrasjons – aggresjonsteorien ble først publisert i 1939, da disse kom med en klar definisjon på ”frustrasjon”. De listet opp ulike faktorer som de trodde hadde en innflytelse på intensiteten og driver mot aggressiv atferd. Frustrasjons - aggresjonsteorien har vært et utgangspunkt for teorier knyttet til emosjonelle voldsutøvere. Dollar og hans

kolleger så på frustrasjon som en konsekvens av en ytre påvirkning som forhindrer personen å oppnå det han ønsker/forventer at han skal oppnå. De trakk konklusjonen om at all aggressiv atferd finner sitt opphav i frustrasjon (Berkowitz, 1993). Dollar og hans kollegaer postulerte kort og godt at aggresjon har sin rot i frustrasjon. Intervensjoner rettet mot denne type voldsutøvelse har ofte bestått av unngåelse av aggresjons affektive situasjoner, stressmestring eller håndtering av emosjoner, er avledet fra emosjonelle faktorer (Svartdal, m.fl, 1997). Dette er tiltak rettet mot mestring av emosjonsrelaterte faktorer.

I denne hypotesen er det ikke skilt mellom instrumentell og emosjonell aggresjon. Instrumentell aggresjon kan bli lært, og har ikke sitt opphav i frustrasjoner (Berkowitz, 1993).

### 9.3 Læringsteori

I det følgende vil jeg kort ta for meg de tradisjonelle læringsteoriene, klassisk betingning og operasjonell betingning og sosial læringsteori.

#### 9.3.1 Klassisk betingning

Teorien ble som kjent utviklet av Ivan Pavlov ved århundreskiftet. Klassisk betingning skjer når en medfødt refleks knyttes til en ny stimulus.

Pavlovs klassiske hundeforsøk tok eksempelvis utgangspunktet i salivering<sup>3</sup> til foring av hundene. Pavlov presenterte en stimulus for hundene som i utgangspunktet ikke utløste saliveringen (en tone) sammen med maten. For deretter å presentere stimulusen (tonen) sammen med maten, fant man ut at man kunne utløse saliveringen kun med stimulusen, uten å komme med mat. Tonen ble gjennom denne prosessen et signal til hunden om at maten vil komme (Svartdal, 1997). Det er fire sentrale begreper i klassisk betingning, *ubetinget stimulus* (US), *ubetinget respons* (UR), *betinget stimulus* (BS) og *betinget respons* (BR). I eksemplet med Pavlovs hunder er US maten, UR er saliveringen, BS er tonen og BR oppstår når saliveringen kommer kun ved at tonen blir presentert for hunden.

---

<sup>3</sup> Skille ut spytt



Læring i klassisk betingning foregår når to stimuli blir presentert sammen flere ganger. Ekstinksjon er også et sentralt begrep i klassisk betingning. Ekstinksjon har en dobbelt betydning. Ekstinksjon skjer når BS (tonen) ikke blir presentert lenger sammen med US (maten), *eller* når BS ikke lenger fungerer som et signal for US (Svartdal, 1997). I begge tilfellene svekkes forholdet mellom BS og US, ekstinksjon.

Denne teorien kan forklare hvordan et nytt stimuli assosieres med responser som allerede har inntruffet (Bjørnebekk, 1998). Eksempel på dette kan være en ungdom som har knyttet en assosiasjon mellom vold (US) og gjengsamlinger (US) og vil oppleve en negativ affekt (BR) når han/henne er i gjengsamlinger. En ekstinksjonsprosedyre oppstår når ubetinget og betinget stimulus er tilstede på samme tid uten av responsen inntreffer. Ved å trekke ungdommen vekk fra gjengen vil det medføre en svekket BR.

Dette vil gi aktivisering av affekt som påvirker hvordan vi føler i en gitt situasjon og derfor også hvordan vi tenker og handler. Ulike individer er ulikt disponert til å assosiere/koblingene har ulike sensitivitet. Sensitivitet i *BIS* (Behavior avoidance (inhibition) system) og *eller BAS* (Behavior approach system) kan forklare hvorfor noen individer lett knytter koblinger mellom stimuli og negative responser mens andre lett knytter koblinger når responsen er positiv (Carver & White, 1994). Personer som har høy BIS er sensitiv til straff, forfall av privilegier og etterretninger. Høy BIS er også relatert til følelser som angst, redsel og depresjon (Carver & White, 1994). I forhold til BAS hevder Carver & White at individer med høy BAS er sensitive over for belønning og bortfall av straff. BAS er videre knyttet til positive følelser slik som håp, glede og lykke. Denne differensieringen av individer kan ha stor innvirkning på type forebygging og behandling som vil være mest effektiv.

### ***9.3.2 Operasjonell/instrumentell betingningsteori***

Innen teorier knyttet til operasjonell betingning er det en vanlig oppfatning at man ved å forandre omgivelsene også forandrer atferd. Et avgjørende spørsmål er ”hvilken handling fører til hvilken konsekvens i hvilken situasjon?”. I operasjonell betingningsteori står derfor relasjonen mellom atferd og konsekvenser i fokus.

Det var i første rekke Thorndike som stod for den banebrytende forskningen rundt dette. Hans *law of effect* (effektloven) omhandlet at betingning er en blind prosess hvor responser avgis mer eller mindre tilfeldig. Responser som fører til behagelige konsekvenser, fører til økt sannsynlighet for at individet forsøker å skape denne situasjonen igjen. Responser som fører til ubehagelige konsekvenser, fører til svekket sannsynlighet for at individet forsøker å skape denne situasjonen igjen (Svartdal, m.fl, 1997). Det var Skinner som innførte begrepet *operant betingning*, der ”operant” henviste til responser som ”opererer” på omgivelsene (Svartdal, 1997). Det er også i denne teorien noen viktige begreper jeg ønsker å ta kort for meg. *Forming* (shaping) oppstår når konsekvensene til en bestemt respons endrer (former) atferden. Liknende atferd forsterkes helt til individet utfører den ønskede atferden. *Forsterkere* og *betingende forsterkere* forsterker den ønskede atferden, ved for eksempel ros, penger, mat osv. Sannsynligheten for at den ønskede atferden opptrer øker som følge av de konsekvenser atferden har. *Kontiguitet* og *kontingens* er sentralt her.

Bruk av operant betingning ved atferdsproblemer; en vanlig strategi er å rose positiv atferd og ikke gi respons til uønsket atferd. Dette har i flere studier vist seg å være effektivt i behandling av flere ulike barne- og ungdomsproblemer, slik som aggresjon, uro i klasserommet osv. (Atkinson, m.fl. 1996).

I en familie har forholdet til de ulike familiemedlemmene og hvordan de snakker til hverandre vist seg å være avgjørende for barn og ungdoms atferd (Baker, 1992). Denne teorien støtter intervensjoner som ser viktigheten med positiv forsterkning ved forandring av atferd.

### **9.3.3 Sosial læringsteori**

Sosial læringsteori er en meget sentral teori i mange forebyggings- og behandlingsprogram. Den er blant annet grunnlaget for flere av de ledende programmene.

Sosial læringsteori, som er utviklet av Bandura, er en kognitiv orientert læringsteori. Bandura mener at all vold er instrumentell (Bandura, 1977).

Mennesker reagerer ikke bare til eksterne stimuli, men kan selv selekttere, organisere og transformere stimuli. I sosial læringsteori er de fleste prosessene sosial kognitive og bevisste. Læring vektlegges gjennom Person – Situasjon interaksjon.

Sosial læringsteori bygger på atferdspsykologiske læringsteorier om betingning og observasjonslæring. Det legges liten vekt på biologiske faktorer. Individet blir sett på som et produkt av de omgivelsene de vokser opp i (Svartdal, 1995). Sosial læringsteori retter fokuset mot den voldelige atferden og utviklingen barnet/ungdommen har. Motiver, strukturer og dynamikk blir satt i bakgrunnen. Denne teorien har et optimistisk bilde, ved at den åpner muligheten til forandring av voldelig atferd ved å utvikle den i en prososial retning, om betingelsene legges til rette for dette (Svartdal, 1995).

Banduras sosial læringsteori ble omformulert til sosial kognitiv teori i 1999 og 2001 (Pervin, m.fl. 2005). Den originale teorien har fokuset på observasjonslæring og viktigheten av sosial forsterkning. Den senere teorien fokuserer i større grad på selvreguleringsprosesser og den menneskelige kapasiteten for personlig atferd (Pervin, mf. 2005).

Jeg har nå tenkt å ta for meg emosjonell og instrumentell aggresjon. Begge retningene har klassiske teorier med utspring i klassiske teorier.

#### **9.4 Emosjonell og instrumentell aggresjon**

I voldsteoriene blir det ofte skilt mellom to typer vold, emosjonell (impulsive) og instrumentell (kalkulerte) (Bjørnebekk, 1998).

Når det gjelder den *instrumentelle* volden er målet med handlingen noe annet enn selve handlingen. En soldat kan drepe for å redde sitt eget liv. Andre eksempler på dette kan være innbrudd, ran eller leiemord. Man kan si at gjerningsmannen antar at det ”lønner seg” å bruke instrumentell vold. Instrumentell vold er ofte utført av personer som ikke har en nær relasjon til offeret (Berkowitz, 1993). Blir vold utøvet for å opprettholde status, opprettholde dominans eller styrke, faller dette inn under gruppen for instrumentell vold.

Den instrumentelle volden står i kontrast til den emosjonelle volden. Den *emosjonelle* volden er preget av, som det går ut fra begrepet emosjoner, affekter eller sinne (Berkowitz, 1993). Hovedmålet for denne formen er volden i seg selv, det er et ønske om å skade. Et eksempel kan være sjalusi. Den emosjonelle volden opptrer ofte imellom individer som står i nær relasjon til hverandre (Berkowitz, 1993). Den emosjonelle springer ut fra klassiske teoriene som Freud, Dollard og Miller.

Instrumentell og emosjonell vold er to ytterpunkter. Man finner en handling som regel et sted mellom disse to.

Berkowitz (1993:12) redegjør også for en annen form for vold. Personer som utfører vold på grunn av at de har et *ønske* om å skade andre. Dette står i motsetning til emosjonell vold, hvor volden er noe man ikke ønsker å utøve i utgangspunktet. Det er i den sammenheng fremsatt hypoteser om at ungdommen kan lære at vold kan være en positiv opplevelse, gjennom volden kan man opprettholde maskuliniteten, status i gjengen og man kan vise at man er en viktig person.

I "*Aggression, its Causes, Consequences and Control*" (Berkowitz, 1993) blir det gitt et eksempel på en slik type voldsutøvelse: en kveld i april 1989 jogger en dame gjennom Central Park i New York. Samtidig stormer en gjeng med ca 12 gutter gjennom parken. De truer og angriper alle de møter og angriper damen som jogger tilfeldigvis like ved. Hun blir slått så alvorlig at hun blir liggende i koma i tre uker.

I følge Berkowitz (1993) kan denne handlingen ha mange motiver. For det første ønsket guttegjengen å vise verden at de var mektige mennesker som kunne kontrollere sine omgivelser, for det andre sa de om seg selv at de hadde "*gone wild*" og at atferden ble utført "*just for the hell of it*". Denne gjengen hadde i følge Berkowitz (1993) ønske om å utføre volden, det var en "god" opplevelse. Denne formen for vold kan bli utøvd uten noen form for emosjonell aggresjon, kun på bakgrunn av at "*det er gøy*".

Hvis imidlertid et individ har en tendens eller disposisjon relatert til en av formene for bruk av vold er en antakelse at han/hun har behov for ulik behandling enn en som er preget av den andre for å oppnå et optimalt resultat av intervensjonen (Bjørnebekk, 1998). Stemmer dette vil

det være viktig å utrede hva slags type voldsutøver ungdommen er før forebyggings- eller behandlingsprogram iverksettes.

## 9.5 Sosial kognitiv teori

Sosial kognitiv teori bygger på atferd/læringstradisjonen. På tidlig 1950-tallet ønsket noen forskere å fokusere på læring og utvikling med fokuset på atferd hos individer i en sosial setting, ikke på eksperimentelle forsøk på dyr (Pervin m.fl, 2005). På bakgrunn av dette ble den sosial kognitive teorien, tidligere kjent som *sosial lærings teori*, etablert.

Det var to hovedpunkter som står sentralt i *sosial kognitiv teori*:

1. Menneskets kognitive prosess ligger tilgrunn for analyser av personlighet
2. Kognitiv utvikling skjer i en sosial kontekst, menneskene tar til seg tanker om dem selv og samfunnet rundt seg gjennom sosial interaksjon (Pervin, mf. 2005; Svartdal, 1995).

I motsetning til psykoanalyse, utforsker sosial kognitiv læringsteori menneskenes læringskapasitet til å bruke bevisste rasjonelle prosesser tilgrunn for sin atferd (Pervin, mf. 2005). Dette gir utgangspunkt for mennesker å utvikle og forandre atferd gjennom hele livet. Sosial kognisjon er en konstruktiv prosess, fortolkninger av situasjoner skjer ut ifra våre forutsetninger, følelser, ideer og tanker.

Blant sosialkognitive læringsprogrammer består hovedmomentene i innholdet frøst og fremst i læring av selvkontroll, stimulering av meta – kognisjon og selvkritisk tenkning, sosialferdighetstenkning, interpersonlig problemløsning og undervisning i kreativ tenkning og prososial verdiorientering (Ogden, 2001).

Den sosial kognitive teorien er opptatt av hvordan vi tenker i sosiale kontekster. Hvordan oppfatter vi andre mennesker (inntrykksdannelse); hvordan tillegger vi årsaker til atferd (attribusjon); hvordan utvikles selvforståelse (selvpersepsjon, selvattribusjon); hvordan trekker vi slutninger om sammenhenger mellom sosiale hendelser (kovariasjonsslutninger);

hvilken effekt har forventninger vi har til andre på deres atferd (selvoppfyllende profetier), osv.

Et svært viktig tema innenfor sosial kognisjon er hvordan vi trekker kausale slutninger om observerte sosiale hendelser. Dette området kalles *attribusjonspsykologi*. Attribusjoner kan være relatert til både andres og egen atferd. En hendelse kan ha sin årsak i personen (disposisjonell attribusjon) eller i situasjonen (situasjonell attribusjon) (Svartdal, 1995).

I forhold til forebyggings- og behandlingsprogrammer er den sosial kognitive teorien sentral i forhold til fokuset på miljøet og rollemodellene som har innvirkning på barnet eller ungdommen. Andre viktige perspektiver er inntrykksdannelse eller ungdommens attribusjonsmønster. Et eksempel på negativt attribusjonsmønster, er der barnet/ungdommen oppfatter tegn fra andre personer som negative, selv om det i utgangspunktet ikke er ment som det. Dette er punkter som er viktig å ta i betraktning i forholdet til intervensjoner. Attribusjonspsykologien er også viktig i forhold til motivasjon og belønning, hva man attribuerer i situasjonen (Svartdal, 1995).

## 9.6 Systemteori

Systemteori er en sentral teori i en rekke forebyggings- og behandlingsprogrammer. Enkelte mener i den sammenheng at systemteori på mange måter står for et paradigmeskifte i hva som blir vektlagt (mekanisk, lineært fokus). Tidligere var et vanlig spørsmål ”hva er grunnet til hva?”. Det tidligere perspektivet antar at en enkel grunn, eller en rekke årsaker, har en enkel virkning. Det går en lineær og direkte linje mellom årsak og virkning. Systemteori kan ifølge Henggeler (2001) representere en ny form for tenkning. Her er fokuset rettet mot kausale sammenhenger. I den systemiske tilnærmingen er det flere faktorer som dynamisk spiller inn på hverandre, både med andre individer og omgivelser.

Et nytt perspektiv i systemteori har blitt utviklet av bl.a. L. von Bertalanffy. Her betraktes ikke systemet som en ”ting” i vanlig forstand, men som uttrykk for en metode for å analysere ett eller flere sett av elementer som står i forbindelse med hverandre. Denne retningen omtales som generell systemteori (Henggeler m.fl. 2000). Denne teorien er sentral i MST.

## 9.7 Generell sosial økologi

Sosial økologi har flere fellestrekk med systemteori, men strekker seg noe lenger (Henggeler, m.fl; 2000). Sosial økologiske modeller står sentralt i utvikling av forebyggings- og behandlingsprogrammer. Det er teoriens holistiske perspektiv, og relasjonenes påvirkning på hverandre, som gjør at den er så sentral i ulike programmer.

Individenes økologiske omgivelser beskrives av Bronfenbrenner som *”et sett innkapslede strukturer, hver innenfor den andre, som et sett russiske dukker. Innerst er den umiddelbare rammen som inneholder personen i utvikling.”* (Bronfenbrenner; 1979: 3, ref. i Henggeler m.fl. 2000). Et av fellestrekkene mellom systemteori og sosial økologisk teori er at de ser på individet som en aktiv omformer av sine omgivelser. Det skjer en tilpasning mellom individ og økologien fordi de virker inn på hverandre. På samme måte som systemteorien, tar sosial økologien individets subjektive definisjon og tolkning av egen situasjon i betraktning.

Teorien om sosial økologi skiller seg fra systemteori ved sitt fokus på innflytelsen fra brede og mer tallrike kontekstuelle innflytelser i en persons liv. Samhandlingene mellom individer og familien blir sett på som viktige. Sammenhengen mellom systemene eller de konsentriske sirkelene, blir ansett som like viktige i sosial økologisk teori, og i systemteori (Henggeler, m.fl. 2000).

Sosialøkologisk teori legger vekt på betydningen av ”økologisk validitet” når det gjelder forståelse av utvikling av atferd. Med økologisk validitet menes den grunnleggende antagelsen at atferden fullt ut kan forstås bare når den blir sett i sin naturlige kontekst (Henggeler, m.fl; 2000).

Urie Bronfenbrenner`s utviklingsøkologiske modell setter fokuset på relasjoner og sammenhenger mellom mennesker. Sammenhengene er avhengige av ytre betingelser som økonomiske, kulturelle og fysiske forhold, som fungerer dynamisk (vekselsvirkning) på hverandre. Denne vekselvirkningen mellom gjensidighet og avhengighet kaller Bronfenbrenner for *sosial økologi* (Bø, 1989). Hovedpoenget til Bronfenbrenner er at alle

nivåer i den sosial økologiske modellen, micro-, meso-, ekso-, og makro nivået påvirker hverandre, i et dynamisk system som utfyller og påvirker hverandre i både positiv og negativ retning.

Det er viktig å understreke at dette økologiske perspektivet ikke er teori om atferd, men teori om konseptene som har innvirkning på de ulike nivåene på individet (Dishion & Dodge, 2005).

De ulike teoriene jeg har tatt for meg ligger i ulik grad til grunn for Blueprints for Violent Prevention modell programmene. I tillegg til grunnlagsteorier, er terapiformene sentrale.



## DEL II

I del II vil jeg gå mer detaljert inn på programmene som ligger i prosjektet *Blueprints for Violent Prevention*. Først vil jeg gå litt inn på utviklingen av prosjektet og formålet med det. Her kommer jeg også inn på de ulike evalueringskriteriene for å bli kategorisert som *modell program*. Jeg vil så se kort på de ulike modellprogrammene, med unntak av tre. De gjenstående tre programmene vil jeg ta for meg grundigere i neste kapittel. Disse programmene *Multisystemic Therapy*, *Functional Family Therapy* og *Multidimensional Treatment Foster Care*, er alle intervensjoner som settes inn etter manifestert voldelig atferd. Ved å gå nærmere inn på disse vil jeg kunne se om jeg finner svar på min problemstilling:

”... Finnes det likhetstrekk/forskjeller mellom de programmene som har vist seg å ha effekt?”

Det er her snakk om *behandlingsprogram*, ikke forebyggingsprogram.

## 10.0 BLUEPRINTS FOR VIOLENCE PREVENTION

### 10.1 Blueprints for Violent Prevention som prosjekt

I 1996 ble *Blueprints for Violence Prevention* lansert i USA som et landsomfattende prosjekt med oppgave å identifisere effektive voldsforebyggings programmer. Prosjektet ble startet på initiativ av *Center for the Study and Prevention of Violence* (CSPV), ved University of Colorado, med finansiering fra *Colorado Division of Criminal Justice*, *Centers for Disease Control and Prevention* og *Pennsylvania Commission on Crime and Delinquency*. Prosjektet *Blueprints for Violence Prevention* har i dag identifisert 11 forebyggings- og intervensjonsprogrammer, som møter de vitenskapelige standardene som er satt. Standardene har i første omgang blitt gjennomgått av CSPV (Center for the Study and Prevention of Violence), og senere av det anerkjente *Advisory Board*, et rådgivende styre som består av syv eksperter på forebygging av vold (U.S. Department of Health and Human Services, 2001).

De 11 programmene som er identifisert som *Modell program* i prosjektet Blueprints for Violence Prevention, er programmer som har oppnådd en signifikant reduksjon i volds kriminalitet, aggresjon, kriminalitet og stoffmisbruk blant barn og ungdom. I prosjektet har man også identifisert 18 *promising programmer* som ikke møter alle kriteriene for å bli et modell program.

Det blir fortløpende gjennomgått programmer for å se om de møter kriteriene for Blueprints programmene, og til nå er over 600 programmer evaluert (Henggeler, 2001).

*Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention* (OJJDP) viste sin interesse for Blueprints rett etter at prosjektet kom i gang. OJJDP gav finansiering til prosjektet, slik at det kunne gjennomføres i ulike områder rundt i USA. Resultatet er at Blueprints har utviklet seg til å bli et omfattende forebyggingsprosjekt, både innenfor identifisering av effektive behandlingsprogrammer og ved at de tilbyr trening, veiledning og assistanse. De ulike programmene tilbyr trening og konsultering, mens CSVP står for overvåkingen og kvalitetstesting.

Et av formålene med Blueprints for Violent Prevention er å hjelpe til med å binde sammen gapet mellom forskning og praksis (Henggeler, 2001).

## **10.2 Kriteriene som ligger tilgrunn for Blueprints modell program**

Det er mange kriterier som legges til grunn i evalueringen av om et forebyggings- eller et intervensjonsprogram er effektivt (Taylor m.fl. 1999). Blant kriteriene i Blueprints, er det fire kriterier som er svært sentrale. Disse fire kriteriene er:

- 1) vitenskapelig design,
- 2) påvist effekt,
- 3) effekt må opprettholdes over tid, og
- 4) generaliserbarhet og reliabilitet (Alexander m.fl 2000).

### 10.3 Design

Taylor mfl. (1999) understreker at det finnes bare en måte man kan fastsette om et intervensjonsprogram har en positiv effekt, og det er gjennom eksperimentelt, randomisert design.

#### 10.3.1 Vitenskaplig design

Det første kravet et program må oppfylle for å kunne bli modell program er at programmets effektivitet må kunne bli vist gjennom et eksperiment eller et kvasi-eksperimentelt design, med randomisert utvalg. Et eksperiment er grunnleggende for kausale studier (Lund, 1997). I eksperimentet blir det brukt kontrollgruppe(r) for å minske de ulike truslene til validiteten.

Kvasi-eksperiment er også et design som godkjennes for å påvise programeffekt. Kvasi-eksperimentet skiller seg fra eksperimentet ved svakere kontroll av irrelevante faktorer. Fordelingen av personer i test- og kontrollgruppen er ikke tilfeldig over forsøksbetingelser i kvasi-eksperimentet (Lund, 1997).

Et eksperimentelt design er et design med randomisert utvalg. I et ekte eksperiment anvendes et posttest-design. I kvasi-eksperimentet anvender man enten et posttest-design med ikke-ekvivalente grupper eller et pretest-posttest-design med en gruppe. Disse designene gir høyest indre validitet. Indre validitet betyr at den operasjonerte variabelen er den kausale faktoren og ikke andre forhold/faktorer. Indre validitet er av avgjørende betydning for å kunne trekke kausale slutninger (Lund, 2002). Med sterk indre validitet øker den kausale relasjonen mellom et sett av operasjonaliseringer (Lund, 1997).

Kravet om indre validitet blir tilfredstilt dersom de ulike truslene er uaktuelle, det er snakk om trusler som *retningsproblem*, *historie*, *modning*, *testing*, *instrumentering*, *seleksjon*, *frafall*, *statistisk regresjon* eller *regresjon mot gjennomsnittet* og *atypisk kontrollgruppeatferd* (Lund, 2002). Disse truslene er i varierende grad gjeldene for forebyggings- behandlingsprogrammer som blir evaluert. Trusselen om retningen, hva som er den kausale sammenhengen til utfallet, er avgjørende for intervensjonens langtidsvirkende effekt.

Ut fra de gitte selekterte kravene til Blueprints for Violent Prevention kreves kun *en* suksessfull intervensjon av programmet i et annet miljø, for å bli klassifisert som modell program. Det er viktig å merke at det et stort gap mellom å ha fått gjennomført programmet suksessfullt i *et* annet miljø, og kunne si at programmet vil vise effekt i *alle* andre miljø (Greenwood, 2004).

### ***10.3.2 Påvist effekt***

Det andre selekterte kriteriet blir sett på som et viktig kriterie. Relativt få programmer har demonstrert effektiv redusering av voldelig atferd eller økning av prososial atferd. Det rådgivende styret (Advisory Board) hos Blueprints for Violent Prevention godtar påvist forebyggende eller reduserende *effekt* på tre hovedindikatorer:

- I. Bruk av vold (inkludert barndomsaggresjon og atferdsvansker)
- II. Kriminalitet og/eller
- III. Stoffmisbruk (Alexander m.fl 2000).

Programmet må vise til tilstrekkelig kvalitative data for å dokumentere effektiviteten. Det vektlegges også om det er utført oppfølgingsstudier for å spesifisere hvilke risikofaktorer eller mediatorer det er mest effektivt å intervere mot. Dette kan skje ved eksperimentelt design med randomisering, eller et kvasi- eksperiment design med kontrollgrupper.

### ***10.3.3 Effekt som opprettholdes over tid***

Det tredje kriteriet er satt for å selektene ut de programmer som kun viser effekt på reduksjon av voldelig atferd, rusmisbruk og kriminalitet i den perioden intervensjonen gjennomføres. Det er mange programmer som har en slik korttids virkning/effekt. Det er dessverre slik at det er et stort antall som får et tilbakefall når barnet/ungdommen returnerer tilbake til sitt gamle miljø, nabolag, gjeng osv. (Alexander m.fl 2000).

Med dette selekterte kriteriet for modell programmene hos Blueprints for Violent Prevention kreves det at et forebyggings- og intervensjonsprogram skal kunne vise til vedvarende effekt

minst 1 år etter avsluttet behandling (Alexander m.fl 2000). Det vil si at det kreves et eksperimentelt longitudinelt design.

#### ***10.3.4 Generaliserbarhet og reliabilitet.***

Reliabilitet blir sett på som et viktig krav for å kunne vise programeffekt hos modell programene. Dette kravet medfører at programmene skal kunne overføres og gjennomføres effektivt på ulike steder og på ulike samfunnslag. Dette kravet er sentralt når programets effekt skal generaliseres på tvers av landegrenser. Når programmet skal bli gjennomført i andre land, er det ikke lenger mulig for programdesigneren å opprettholde full kontroll lenger. Dette medfører at man må utvikle monitorering av programmene for å sikre kvaliteten til intervensjonen. Erfaringer og gjentakelser er viktige momenter for å oppnå dette (Chamberlain, 1998). Det er her snakk om *ytre validitet*. I følge Lund (2002) forekommer ytre validitet når det er mulig å foreta ikke-statiske generaliseringer *til* eller *over* relevante individer, situasjoner og tider med rimelig sikkerhet. Over generalisering er mer usikkert jo større variasjoner det er. *Til*-generaliseringer gjelder slutninger til bestemte individpopulasjoner, situasjoner eller tider. *Over*-generaliseringer viser til hvor ”bredt” det kan generaliseres (Lund 2002).

For å oppnå god ytre validitet er det viktig å ha en heterogen gruppe, slik at gruppen programmet blir utført på ikke er for ensartet og dermed lar seg vanskelig generalisere. Det er også viktig å ha et representativt utvalg, slik at de speiler populasjonen de skal generaliseres inn i (Lund, 2002). I forhold til forebyggings- og behandlingsprogrammene til Blueprints, er ytre validitet viktig for å kunne rettferdiggjøre gjennomføring av intervensjonene i andre land enn det effektstudien ble utført i.

I utvelgelsesprosessen er også programmets kostnadsberegninger tatt i betraktning. Kostnadsperspektivet er relevant for myndigheter som velger å sette i gang programmer og øremerke penger for forebyggings- og behandlingsmetoder for voldelige barn og unge. Kostnadsperspektivet vies liten plass i denne oppgaven.

## 10.4 Blueprints for Violence Prevention, modell programmene.

Jeg vil nå ta for meg de 11 ulike modell programmene til Blueprints anno vår 2006.

Programmene tar for seg barn og unge i ulik alder og de bruker ulike behandlingsmetoder. Jeg kommer til å se på de ulike programmene ut ifra perspektiver som omfang, varighet og intensitet. Jeg kommer også til å se på teorigrunnlaget, risikofaktorer, beskyttelsesfaktorer, fremgangsmåter, behandlingsformer og kausale forhold. Jeg ønsker å ta utgangspunkt i Del I av min oppgave.

### 10.4.1 Nurse – Family Partnership (NFP)

Nurse – Family Partnership er tidligere kjent som *Prenatal and Infancy Home Visitation by Nurses*. Programmet gir jevnlige hjemmebesøk til førstegangs fødende mødre, som befinner seg i risikozonen. Risikofaktorene kan være utsettelse for en helserisiko gjennom røyking, drikking og bruk av narkotika under graviditeten og stressende hverdag i forhold til familie og miljø (Alexander, m.fl. 2000). Det er spesialtrente sykepleiere som arbeider med familien i hjemmet, gjennom jevnlige besøk. Programmet kan bli satt i gang allerede før barnet blir født og har en varighet frem til barnet er 2 år. Sykepleieren skal besøke hjemmet en gang i uken den første måneden etter registrering på programmet. Frem til fødselen kommer besøkene annenhver uke. Seks uker etter at barnet er født kommer besøkene hver uke igjen, og går så tilbake til annenhver uke til barnet er 21 måneder. I tidsrommet barnet er 21 til 24 måneder, sluttfasen i intervensjonen, er besøkene kun en gang i måneden. Hvert besøk varer i gjennomsnitt 60 til 90 minutter (Alexander, m.fl. 2000).

Hovedmålene for NFP er:

- 1) Å bedre barneomsorgen, helse og utvikling hos barnet
- 2) Å bygge et sosialt nettverk rundt moren og barnet som kan støtte dem.
- 3) Styrke morens personlige utvikling, inkludert utdanning, arbeid og kompetanseøkning (U.S. Department of Health and Human Services, 2001).

Selve intervensjonen består i at sykepleieren følger en protokoll som tar for seg de tre foregående punkter. Sykepleieren skriver også referat fra besøkene hun eller han har i hjemmet. Sykepleieren skal motivere og bygge opp morens selvbylde. Moren får også små oppgaver som skal løses mellom hvert besøk (Alexander, m.fl. 2000). Opplæring av problemløsningsmetoder, fullføre utdanning, hjelp til å finne jobb og planlegging av fremtiden er andre delmål for moren.

Teorien bak *Nurse – Family Partnership* hadde først sitt hovedteorigrunnlag i Bronfenbrenners sosial økologiske teori. I de senere årene har NFP utviklet seg og gitt større plass til teoriene Banduras self-efficacy teori fra 1977 og Bowlbys teori om tilknytning og separasjon fra 1969.

#### ***10.4.2 The Incredible Years (IYS)***

Dette programmet er et opplæringsprogram i tre deler. Det er et program for foreldre, lærere og barn. Hovedmålet er å utvikle sosial kompetanse. Programmet interverer også mot selekterte barn i alderen 3 til 8 år med atferdsproblemer, da i en sekundær programform. Opplæringen som elevene får, inneholder perioder med sosial atferdslæring, empati, sinne kontroll og konfliktløsning. Forelderopplæringen har hovedfokus på foreldres kompetanse og involvering i skolen. Læreropplæringen tar for seg i hovedsak kompetanse innenfor atferd i klasserommene (U.S. Department of Health and Human Services, 2001).

Teoriene som ligger til grunn for IYS er i hovedsak Pattersons sosial læringsteori og den *coercive* prosess.

I Tromsø har man startet implementering av programmet ”*de utrolige årene*”. ”De utrolige årene” er beskrevet som et ønsket tiltak i St.meld. 16 (2003-2004) også kalt *folkehelsemeldinga* (deutroligearene.no, 2006).

### ***10.4.3 Olweus Bullying Prevention Program (BPP)***

BBP er et universelt program som opererer i skoler og klasserom i grunnskolen. Målet med Bullying Prevention Program er å øke bevisstheten rundt mobbing hos foreldre og lærere, og å hjelpe dem med utvikling av klare regler for atferd hos barnet (U.S. Department of Health and Human Services, 2001). Det er Dan Olweus, forsker ved Universitet i Bergen, som i hovedsak står bak dette programmet. Olweus programmet tar for seg mobbing og antisosial atferd i grunnskolen.

Programmet har hele grunnskolen som målgruppe. Programmet kan også gjennomføres hos selekterte elever som har vist mobbing eller selv har blitt mobbet.

Når programmet skal gjennomføres på et universelt plan er hovedkomponentene anonyme spørreskjemaer, konferansedag på skolen med tema ”mobbing”, gjennomføringen og mulig økning av overvåkning ved ”problemplasser/tider”. På klassenivå er det styrking av anti-mobbings regler og jevnliges klassemøter om temaet. Individuell gjennomføring av programmet for barn eller ungdommer som mobber eller blir mobbet, går i hovedsak ut på samtaler med foreldre og mulig kontakt med veiledere eller pp-tjenesten.

Programmet har ros og belønning som forsterkning ved positive resultater. Det er fire punkter som er sentrale i programmet:

1. Varme, positive interesserte og involverte voksne,
2. konkrete grenser for uakseptabel atferd,
3. ved grensebrytning skal straffen ikke være fiendtlige, negative psykologiske konsekvenser, og
4. voksen er autoriteter og positive rollemodeller (colorado.edu/cspv, 2005).

### ***10.4.4 Promoting Alternatic THinking Strategies (PATHS)***

Dette programmet har barn i alderen 10 til 11 år som målgruppe. PATHS ønsker å øke den emosjonelle kompetansen (uttrykk av emosjoner, forståelse/tolkning og regulering av emosjoner), selvkontrollen, den sosial kompetansen, øke positive vennerelasjoner og



problemløsningsferdigheter. Programmet blir gjennomført 3 ganger i uken, i perioder på 20 til 30 minutter. PATHS kan sees på som et primærforebyggingsprogram, siden programmet blir gitt til en ikke selektert gruppe. Det er alle i klassene som deltar.

PATHS bygger på fire konseptuelle modeller. Den første modellen er *Affective-Behavioral-Cognitive-Dynamic* (ABCD) som har et utviklings perspektiv. Den andre modellen samkjører lærernes evne til å lage en god atmosfære i klasserommet og den sosial økologiske modellen. Den tredje modellen inneholde nevro psykologi og strukturer/organisering i hjernen. Til sist er det en modell som tar for seg den ”emosjonelle intelligensen”.

#### ***10.4.5 Big Brother Big Sister of America (BBBS)***

I 1991 hadde BBBS et nettverk som bestod av 500 organisasjoner over hele USA, med over 70.000 unge og voksne. Målgruppen til BBBS er i hovedsak ungdom (6-18år) fra hjem med en foresatt.

Big Brother Big Sister har som formål å gi barn og unge en positiv voksen person som fungerer som en venn og støtte. Kontakten bygger på en en-til-en relasjon med et barn eller ungdom som befinner seg i risikozonen. BBBS skiller seg fra liknende program, ved at den har strenge standarder og forpliktelser:

- *Orientering* er krevd av alle de frivillige Big Brother Big Sister deltagere.
- Frivillige screening, skriftlig søknad, bakgrunnssjekk og utvidede intervjuer. Dette for å luke ut mennesker som ikke egner seg til denne type fadderroller.
- Ønsker man at ungdommen skal komme inn i BBBS, kreves det skriftlig søknad, intervjuer med barnet og foresatte og en evaluering av hjemmet. Dette for å finne en passende fadder for ungdommen og sikre foresattes tillatelse.
- De ulike ”matchene” blir nøye sikret, med hensyn til ungdommens behov.
- Overvåkning/oppfølging blir i varetatt ved kontakt ved begynnelsen av kontakten mellom ungdommen og BBBS frivillige og etter en måned. Etter dette finner den sted ved telefonkontakt med den frivillige, barnet og foreldrene/foresatte.

Hovedpersonene bak dette programmet er McGill, Mihalic & Grotpeter.

Programmet er i hovedsak knyttet til sekundær/tertiær forebygging, ungdommen er allerede selektert. Big Brother Big Sisters of America bygger på den positive innvirkningen gode rollemodeller har vist seg å kunne ha for utviklingen hos barn og unge (U.S. Department of Health and Human Services, 2001). Positiv modellæring er et viktig element i BBBS.

#### ***10.4.6 Life Skills Training (LST)***

Målet med Life Skills Training er å redusere bruken av tobakk, alkohol og narkotika.

Målgruppen er junior/middle og high school, spesielt i 6 og 7 grade (USA), det avhenger litt av skolens organisasjon.

LST er en tre års intervensjon, som er designet for å forebygge og redusere misbruk av narkotiske stoffer. Intervensjonen består av 15 møter i det første året, 10 møter det andre året og 5 møter det siste året. Hvert møte er gjennomsnittlig 45 minutter. Programmet består av tre hovedkomponenter:

1. Generelle ferdigheter i forhold til selvkontroll,
2. opplæring i sosiale ferdigheter, og
3. informasjon og ferdigheter spesielt relatert til narkotikabruk.

Ferdighetene blir lært gjennom teknikker som instruksjon, demonstrasjon, feedback, forsterkning og praktiske øvelser (colorado.edu/cspv, 2005).

#### ***10.4.7 Midwestern Prevention Project (MPP)***

Midwestern Prevention Project er et omfattende, samfunnsbasert, multi-sidet program.

Hovedfokuset er forebygging av stoffmisbruk blant ungdom. Programmet foregår over en utstrakt periode. Programmet starter i skolen (6 eller 7 år), men interverer også i familier og andre samfunnskontekster.

MPP er delt inn i fire hoveddeler: massemedia, skoleprogram, forelderopplæring og organisering (U.S. Department of Health and Human Services, 2001).

MPP bygger på komplekse interaksjonen mellom person, situasjon og samfunn. Personnivået består i hovedsak av teorier om individuell atferdsforandring og holdningsendringer. Situasjonsnivået inneholder sosial psykologisk, sosial støttende og nettverksmodeller for interpersonal og gruppe atferdsendringer. Det blir brukt individuelle, gruppe og styrke opplæringsprogrammer i gjennomføringen (colorado.edu/cspv, 2005).

#### ***10.4.8 Project Towards No Drug Abuse (Project TND)***

Project TND har ungdom i alderen 14 til 19 år i risikozonen som målgruppe. Programmet bygger på atferds- og sosialpsykologisk teori. Spesielt retter programmet seg mot å motivere ungdommen. Programmet består av 40 minutter samtale i klasserommet med en lærer eller helsesøster. Samtalen omhandler motivasjon, selvkontroll, kommunikasjon og ferdigheter i å ta avgjørelser (colorado.edu/cspv, 2005).

### **10.5 Multisystemic Therapy, Functional Family Therapy og Multidimensional Treatment Foster Care**

De tre siste modellprogrammene faller inn under tertiærforebygging. Det er på dette nivået ikke kun snakk om forebygging, her er også behandling og rehabilitering med i bildet. De tre programmene *Multisystemic Therapy*, *Functional Family Therapy* og *Multidimensional Treatment Foster Care* omhandler rehabilitering og motivering av familier. Programmene arbeider med å kunne identifisere de ulike problemområdene, risikofaktorer, kausalitet og komme frem til effektiv behandling av ungdommen.

Jeg skal nå ta for meg de gjenværende tre modell programmene i Blueprints for Violent Prevention, *Multisystemic Therapy*, *Functional Family Therapy* og *Multidimensional Treatment Foster Care*. Disse programmene vil bli behandlet mer detaljert enn de foregående, de vil også være gjenstand for min avsluttende *oppsummering og konklusjon*.

Grunnen til utvalget av disse programmene er at de interveres etter at barnet eller ungdommen allerede har vist voldsutøvelse. Alle programmene faller inn under *Blueprints modell programmer* og har med det vist seg gjennom selekterte evalueringskrav å ha effekt.

## 11.0 MULTISYSTEMIC THERAPY (MST)

*Multisystemic Therapy*, ofte forkortet med *MST*, er det første av de tre behandlingsprogrammene jeg skal se nærmere på. MST er et intensivt familie- og miljøbasert behandlingsprogram. Scott Henggeler og flere doktorgradsstudenter i klinisk psykologi ved Universitetet i Memphis på 1970-tallet arbeidet fram det vi i dag ser på som de kliniske prosedyrene til MST. Den første versjonen av MST var påvirket av arbeidet til Jay Haley, Salvador Minuchin, Gerald Patterson og James Alexander (Sexton, 2003). Gjennom kvasi-eksperimenter ble MST evaluert over flere år, før funnene ble publisert i 1986 (Sexton, 2003). Fra midten av 1990-tallet ble de positive resultatene til MST mer kjent, og programmet begynte å bli etterspurt. I 2002 var MST etablert i 27 stater i USA og i 7 ulike land, derav Norge (Sexton, 2003).

I 1997 holdt Norges forskningsråd en konferanse om barn og unge med alvorlige atferdsproblemer. Formålet med konferansen var å få oversikt over lovende behandlingsprogram som utpekte seg i internasjonal forskning og eventuelt hadde mulighet til å prøves ut i Norge. Scott Henggeler var tilstede og presenterte programmet MST. Metoden hadde i hovedsak som mål å påvirke ungdomsatferd gjennom individuelle og omfattende tiltak (Henggeler m.fl, 2000). MST ble i 1999 innført i Norge. Innføringen skjedde på bakgrunn av de gode resultatene fra USA. I løpet av 2000 ble det etablert MST-team i de fleste norske fylker. Teamene er knyttet til det fylkeskommunale barnevernet (Ogden, i Henggeler m.fl. 2000:6). Fra 1999 til 2004 ble det gjennomført en evalueringsstudie av MST i Norge. Denne studien skulle se om MST kunne vise en tilsvarende effekt i Norge som i USA. Resultatene av denne studien og dagens situasjon i Norge kommer jeg tilbake til.

### 11.1 Grunnteoriene.

Bronfenbrenners sosial-økologiske modell, von Bertalanffys generell systemterapi og teorier om familiesystemer utgjør det generelle teoretiske grunnlaget for MST. MST tar for seg relasjoner i den nære familien og i den utvidede familien, i vennegjengen, på skolen, i nærmiljøet og samfunnet forøvrig. MST bygger også på empiriske kausale studier av antisosial atferd (Raknes, 2005).

*Systemteorien* ser på ungdom som en del av et større system og den omliggende økologien slik som den nære familien, venner og relasjoner til nærmiljøet (Sexton, 2003).

Bronfenbrenners *sosial-økologisk* modell har spilt en sentral rolle i utviklingen av MST.

Systemteorien og den sosial-økologiske modellen har mange fellestrekk, de ser på de kontekstuelle sammenhengene ungdommer har rundt seg. I følge Henggeler (2000) strekker imidlertid den sosial-økologiske modellen seg noe lenger.

Generell systemteori og teorien om sosial-økologisk teori om de ulike miljøenes influering på individet, passer svært godt med resultatene fra evalueringsstudiene. Hvor de kausale risikofaktorene og korrelatene til alvorlige emosjonelle og atferdsmessige problemer i ungdommen er gjenstand for intervensjonene.

Systemteorien har et perspektiv som søker å forstå årsakssammenhengen i form av når hendelser opptrer, innflytelsen den får og sammenhengen mellom fenomener. I systemteori er helheten mer enn summen av enkeltdelene, og her forsøker man å sette hele bildet i fokus. Risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer som ligger i barnet/ungdommens erfaringsområde er deler som til sammen utgjør hele bildet. En inspirasjonskilde er Gregory Bateson og kollegene som i 1950- årene utviklet en psykoterapeutisk tilnærming som fokuserte mer på familien som helhet enn på individet med den manifesterte lidelsen (Henggeler m.fl. 2000).

Bronfenbrenners sosial-økologiske modell spiller som tidligere nevnt en viktig rolle i utviklingen av MST. På samme måte som systemteori, tar også sosial-økologi individets subjektive definisjon og tolkning av egen situasjon i betraktning. De siste tiårene har forskere hatt fokus på å forstå korrelatene, mediatorer og moderatorer som kausale sammenhenger til ungdomsproblemene. Empirisk forskning viser at alvorlig antisosial atferd henger sammen med mange ulike trekk ved hvert enkelt barn eller ungdoms økologiske system (Henggeler m.fl. 2000). Forskerne har kommet frem til at det er individuelle forskjeller, biologiske- og kognitive faktorer som har innvirkning på om et barn eller en ungdom utvikler antisosial atferd. Disse faktorene blir også sett på som *risikofaktorer* og *beskyttelsesfaktorer*. Forskerne har også satt fokuset på, og påpekt at de omliggende og de ulike systemene ungdommen har relasjoner til også har en sterk påvirkning på atferdsproblemene (Sexton, 2003). De ulike systemene kan være familien, skolen, venner og relasjoner i nærmiljøet.

## 11.2 Behandlingen/intervensjonen.

Intervensjonsfasen i MST består i hovedsak av ni prinsipper:

- 1) *Multisystemisk problemanalyse.* Den primære hensikten med kartleggingen er å forstå sammenhengen mellom de identifiserte problemene og deres bredere systemiske kontekst
- 2) *Positiv og styrke fokusert.* Behandlingen vektlegger det positive og bruker systemets styrke for å fremme endring
- 3) *Øk ansvarlighet.* Intervensjoner utformes slik at de fremmer ansvarlig atferd og reduserer uansvarlig atferd hos familiemedlemmene
- 4) *Her og nå fokusert, handlingsorientert og veldefinert.* Intervensjonene er her og nå fokusert, rettet mot konkrete og veldefinerte problemer
- 5) *Fokus på atferdssekvenser.* Intervensjonene rettes mot atferdssekvenser innen eller mellom multiple systemer
- 6) *Tilpasset utviklingsnivået.* Intervensjoner skal tilpasses ungdommens modenhet og utviklingsmessige behov
- 7) *Kontinuerlig innsats.* Intervensjonen utformes slik at de krever daglig eller ukentlig innsats
- 8) *Evaluering og ansvarlighet.* Intervensjonens effektivitet evalueres kontinuerlig fra multiple perspektiver
- 9) *Generalisering.* Intervensjoner utformes for å fremme generalisering og langtids resultater (Raknes, 2005)

Disse ni prinsippene utgjør hovedstrukturen i MST intervensjonen.

## 11.3 Kontekstkjennetegn – økologi – målgruppe.

Målgruppen for MST er hovedsaklig barn og unge i alderen 12 til 18 år, som står i fare for å bli plassert utenfor hjemmet. I følge Raknes foredrag på nasjonal konferanse (1.-2. november 2005), er det også mer konkrete inklusjonskriteriene for MST behandlingen. Noen av kriteriene er som følgende:

- Den unge har begått lovbrudd, og risikoen for ytterligere kriminelle handlinger er til stede
- Annen antisosial atferd som aggressiv og voldelig atferd, hæverk, samt alvorlige regelbrudd i hjem og skole
- Ruser seg i forbindelse med atferd som er nevnt ovenfor
- Tilleggsproblemer som alvorlige vansker i skolen dårlige interpersonlige relasjoner.
- Er i aldersgruppen 12 – 18 år
- Plassering utenfor hjemmet som en konsekvens av overgående punkter.

MST har også eksklusjonskriteriene for de som ikke får gjennomføre programmet:

- Det finnes ingen voksenperson som kan fungere som foreldre eller foresatte
- Det er iverksatt tiltak eller behandling fra andre instanser som kan gripe forstyrrende inn i MST (eller omvendt)
- Ungdommen er autistisk, akutt psykotisk eller i akutt fare for å begå selvmord
- Å ha ungdommen i hjemmet utgjør en alvorlig risiko for ungdommen selv eller andre familiemedlemmer
- Hjemmet utgjør en risiko for terapeutens sikkerhet
- Saken er fremdeles under utredning av det kommunale barnevernet

(Raknes, 2005)

#### 11.4 Organisasjonskjennetegn.

MST er organisert på ulike nivåer. Et *MST team* består av 3 – 4 terapeuter og en veileder, som også fungerer som team-leder. Hver terapeut kan ha ansvar for alt fra tre til seks familier og teamet skal være tilgjengelig for familiene 24 timer i døgnet, 7 dager i uken. Teamets arbeid foregår i familien og nærmiljøet. Det er hyppig kontakt mellom terapeuten og familien/nøkkeldeltagerne. Den gjennomsnittlige behandlingstiden er fra 3 til 5 måneder (Raknes, 2005).

Ut fra den norske MST modellen, i figur 7, skal punktene ”ukentlige team veiledning”, ”ukentlige telefon konsultasjoner”, ”kvartalvise vedlikeholdsseminarer” og ”5 dagers

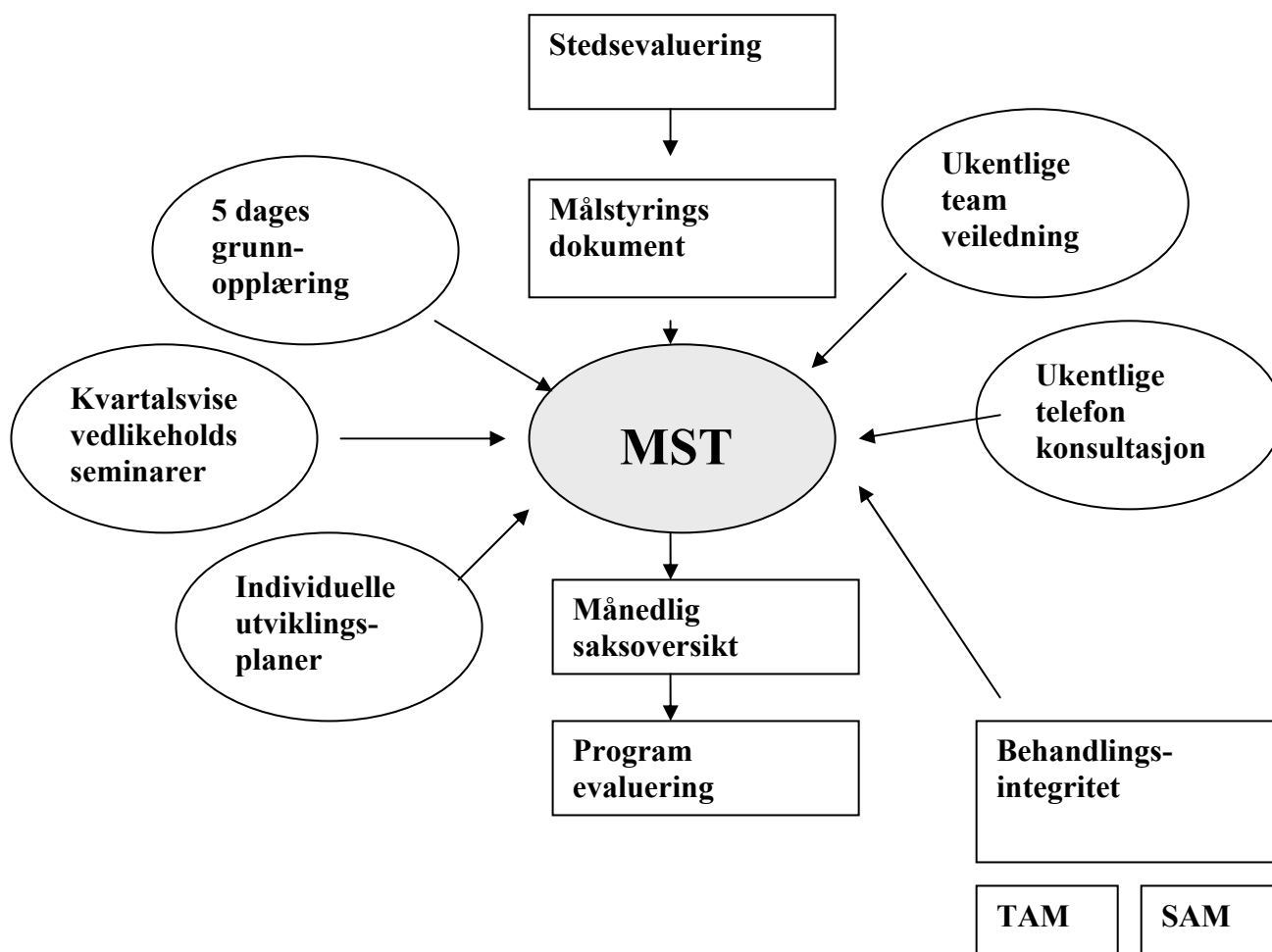


grunnopplæring” være momenter for kvalitetssikring i behandlingen. Figur 7 viser nettverket som virker inn på MST behandlingen.

MST har ulike deler som skal stå for kvalitetssikringen av intervensjonen, therapist adherence measure (TAM) og supervisor adherence measure (SAM).

TAM er familiens opplevelse av terapeutens arbeid. SAM er et internt verktøy for teamlederne og teamets utvikling, hvor terapeuten bedømmer arbeidet. Dette skjer gjennomsnittlig en gang i måneden.

Fig. 7:



(Raknes, 2005).

## 11.5 Evaluering av effektivitet

Evaluering som er gjennomført på MST har vist at for alvorlig kriminelle barn og unge i USA, har man 12 måneder etter endt behandling sett en reduksjon på 25-70 %, i forhold til å bli arrestert på nytt. Det er også en redusert sannsynlighet, en reduksjon på 47-64 %, for plassering utenfor hjemmet. Det har også funnet sted en økt involvering i familiens dagligliv og en nedgang i helseproblemer og alvorlige kriminelle handlinger (Henggeler, 2001).

Evalueringsstudien som ble gjennomført i Norge hadde som mål å se om det suksessfulle utfallet programmet hadde vist i USA, ville bli gjennomført med suksessfullt utfall i andre land og i første rekke Norge. Det er en nøkkelforskjell mellom det norske og det amerikanske synet på håndtering av kriminelle barn og unge. I USA blir kriminelle barn og unge tatt hånd om av rettssystemet, med det formål å straffe den kriminelle og holde samfunnet trygt. I Norge har praksisen vært at barn under 15 år (ofte opp til 18 år) ikke blir straffeforfulgt eller sendt i fengsel. Reaksjonen blir utarbeidet ut fra hva som er best for barnet (Ogden og Halliday-Boykins 2004).

Designet som ble brukt i den norske evalueringsstudien, var et kvasi-eksperiment med randomisering, med pretest, posttest. Designet gikk i detalj ut på 2 x behandlingstyper, 2 x tester (pre-, posttest) x 4 gjennomføringssteder (Ogden og Halliday-Boykins 2004).

I følge Ogden og Halliday-Boykins (2004) bestod studien av 100 ungdommer og deres familier - 25 fra hvert av 4 fylker tilfeldig fordelt med 62 som deltok i et MST program og 38 fikk tildelt annen behandling.

Inklusjonskriteriene var:

1. Problematferd, slik som kriminelle handlinger og annen antisosial atferd (aggressiv volds utøvelse, alvorlig brudd på regler i hjemmet og/eller i skolen, tidlig seksuell aktivitet hos jenter), akademiske problemer, dysfunksjonale vennerelasjoner, verbalt aggressiv og trusler om å skade andre.
2. Aldersgruppen 12-17 år.
3. Foreldre eller foresatte var tilstrekkelige motiverte til å gå inn i MST programmet.

Ungdommene hadde en gjennomsnittsalder på 14,95 år. Sakene ble henvist fra det fylkeskommunale barnevernet og fra de kommunale barnevernstjenestene. De viktigste henvisningsårsakene var: Identifisert som alvorlig atferdsproblem (64%), alvorlige regelbrudd som rømning og skoleskulk (53%), rusmisbruk (50%), lovbrudd (37%), trusler om å skade seg selv eller andre (36%), involvert som offer eller overgriper i vold i hjemmet (29%), utvist fra skolen (6%), ettervern fra institusjon (6%), mishandling eller omsorgssvikt (4%) og andre årsaker (28%). (Ogden og Halliday-Boykins 2004).

Eksklusjonskriteriene for ikke å bli med i studien var:

1. Pågående involvering i annen behandling
2. Narkotikamisbruk uten andre tegn til antisosial atferd
3. Seksuelle overgrep
4. Autisme eller annen akutt psykose og når det er fare for selvmord
5. Ungdommen er fare for hjem og terapeut
6. Pågående utredelse av ungdommen

Det var 63% gutter og 37% jenter. 95% hadde norske foreldre. Ungdommen og familien ble kartlagt ved inntak, ved avslutning av MST behandlingen og eventuelt seks måneder etter inntak. På inntakstidspunktet bodde 25% sammen med begge foreldre, 29% med mor, 21% med mor og annen partner, 9% med far, 9% på institusjon eller sykehus og 6% i fosterhjem. En sammenligning av de to gruppene viste at de foresatte i MST gruppen oftere var gift med noen andre enn ungdommens biologiske forelder ( $p < .01$ ) og foresatte i gruppen som fikk andre barnevernstiltak var oftere skilt. Det var ingen andre signifikante forskjeller mellom de to gruppene på de øvrige demografiske og psykososiale variablene.

Fire familier fra hvert fylke trakk seg fra MST behandlingen i en tidlig fase, og ble erstattet med nye. Dette ga 7% drop out i MST. De øvrige familiene gjennomførte MST behandlingen. Deltakelsesprosenten ved avslutningen av behandlingen (evt. etter 6 måneder) var 96%.

Målingsinstrumentene som ble brukt var ulike rapporter, skjemaer og selvrapporter. De konkrete målingene ble gjort gjennom: *Child Behaviour Checklist (CBC)*, *Self-Report Delinquency (SRD)*, *Social Competence whit Peers Questionnaire (SCPQ)*, *Social Skills Ratings System (SSRS)*, *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales-III (FACES III)*, *Out-of-home Placement* og *Family Satisfaction Survey* (Ogden og Halliday-Boykins 2004).

## 11.6 Resultatene

Foreldrenes vurdering av behandlingstilbudets effektivitet og kvalitet var marginalt signifikant i MST gruppens favør ( $F = 3.27$ ,  $p = .07$ ). Det var en signifikant økning i ungdommenes sosiale kompetanse i MST gruppens favør fra pretesten til posttesten ( $F = 3.87$ ,  $p = .05$ ). Samholdet i familien økte signifikant i løpet av de første 6 månedene ( $F = 5.43$ ,  $p = .02$ ), men det ble ikke registrert signifikante gruppeforskjeller angående tilpasningsevne (dvs. ingen behandlingseffekt). Det var en signifikant reduksjon av internalisert problematferd i MST gruppen sammenlignet med gruppen som fikk andre tiltak ( $F = 4.67$ ,  $p = .03$ ). Det var en marginalt signifikant reduksjon av eksternalisert problematferd i favør av MST gruppen ( $F = 3.34$ ,  $p = .07$ ) (Ogden og Halliday-Boykins 2004).

Evalueringsstudien fant, lest ut fra disse resultatene, at MST kan replikeres til Norge med et positivt resultat. MST reduserer institusjonalisering av ungdom, og kan vise til fornøyde foreldre/foresatte i forhold til MST intervensjonen. Ogden og Halliday-Boykins (2004) forklarer effektivitet av modellen i Norge, som er ulikt miljøet enn i USA, med fleksibel modell og det skreddersydde intervensjonsprogrammet hver enkel familie mottar.

Den norske evalueringsstudien viser positive funn i intervensjoner hos ungdommer med antisosial atferd m.m. Inklusjonskriteriene og eksklusjonskriteriene viser på sin side at det er en meget avgrenset gruppe ungdommer, med selekterte atferder, som mottar denne behandlingen. Et av inklusjonskriteriene for MST intervensjonen er at foreldre eller foresatte er motiverte i forhold til intervensjonen. Dette gir en behandlingsgruppe som i utgangspunktet ønsker behandling. MST får med dette et godt utgangspunkt for sin behandling.

Neste behandlingsprogram har mange likheter med Multisystemic Therapy, de er begge intervensjoner som baserer seg på å bli gjennomført i hjemmet.

## 12.0 FUNCTIONAL FAMILY THERAPY

I 1969 utviklet forskere ved *Psychology Department Family Clinic* ved universitet i Utah, ”*Functional Family Therapy*” (FFT). Målet var å møte høyrisiko ungdommer og deres familier. Bakgrunnen for å utvikle denne intervensjonsmodellen var at man i familier i USA lenge hadde sett en rask økning i ungdomskriminalitet, voldsbruk og stoffmisbruk. Mye tydet på at intervensjonsprogrammene som var tilgjengelige på den tiden var underutviklet (U.S. Department of Justice, December. 2000). Functional Family Therapy er en av de eldste integrerte fremgangsmetodene for familieterapi. Den er utarbeidet for å møte familier med spesielle problemer (Sexton m.fl, 2003; Alexander, 2000).

Functional Family Therapy kan man si er en multisystemisk familieterapi intervensjon. Programmet tar for seg de ”kliniske” symptomene som både er dynamiske og omsluttet av komplekse relasjoner mellom andre familiemedlemmer (Alexander, 2000). Disse relasjonene mellom familiemedlemmene og det ”innhold” disse relasjonene har, påvirker utfallet av relasjonens vesen (kaldt, distansert, nærhet osv) (Sexton, m.fl, 2003).

Functional Family Therapy, også forkortet med FFT, er et resultatorientert forebyggings- og intervensjonsprogram for ungdom i alderen 11 til 18 år som befinner seg på alle nivåer av rangen av antisosial atferd. FFT er både et *sekundært* og et *tertiært* forebyggingsprogram, på bakgrunn av at programmet har ungdom som befinner seg i faresonen og ungdom som allerede er selekterte ut ifra å ha vist stoffmisbruk, voldelighet, kriminalitet, atferdsvansker etc. (Alexander, 2000).

FFT som dagens behandlingsmodell er basert på, er en systematisk og uavhengig longitudinell studie på ulike pilotsprosjekter på prosjektenes utfall og evaluering av prosessen. Resultatene førte til at FFT ble anerkjent av Blueprints for Violence Prevention som en av de 11 modell programmene i 2000 (Sexton, 2003).

## 12.1 Programkjennetegn – teoretisk grunnlag

FFT fokuserer primært på utviklingen av positivt familiemiljø og positive relasjoner mellom familiemedlemmer. FFT ønsker også å bygge relasjoner til andre relevante sosialøkologiske systemer (Sexton m.fl, 2003). FFT bygger også på kognitiv teori, familie terapi, behaviorisme, relasjoner og multisystemisk teori (Sexton m.fl, 2003).

FFT er i første rekke et intervensjonsprogram, men FFT har også vist seg å være effektiv som et forebyggingsprogram for barn, ungdommer og deres familier som befinner seg i en høyrisikogruppe (U.S. Department of Justice, December. 2000). FFT kombinerer etablert klinisk teori, empiriske prinsipper og omfattende kliniske erfaringer, sammen til en klar og omfattende kliniske modell. Primærfokuset er familien og relasjoner i familie med hverandre. I følge FFT vokste programmet frem i mangelen på støtte for familier som trengte hjelp. En hoved-ide er at man må gjøre mer enn å redusere atferdsproblemene, man må også motivere familiene til å ønske en forandring. Et mål er å heve familienes "*self-respect*", skrives på Blueprints for Violence Prevention's internettsider om FFT programmet (colorado.edu/cspv, 2005).

FFT mener at behandling skal være delt inn i faser, og hver fase av intervensjonen har et sett av mål som terapeuten ønsker å oppnå.

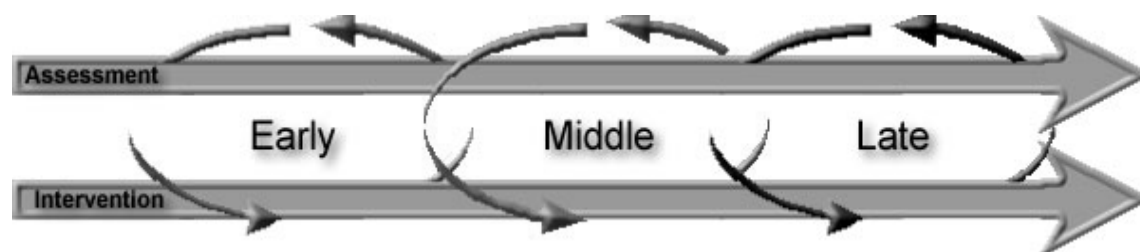
1) Det første hovedprinsippet omhandler *Engasjement og motivasjon*. Terapeutens mål på dette nivået er å etablere fokus på familien og deres problemer. Terapeuten ønsker også å få familien til å håpe og tro på forandringer samt å redusere motstanden mot programmet i familien.

2) Det andre nivået omhandler *atferdsforandring*. I denne prosessen ønsker FFT terapeutene å utvikle og å gjennomføre planer for delvis- og endelige langtidsmessige atferdsforandringer. Disse planene skal være kulturelt akseptable, kontekst sensitive og skreddersydd til hvert enkelt familiemedlem. På dette nivået fokuseres det på kognitive-, relasjons- og emosjonelle komponenter.

3) Det tredje prinsippet tar også for seg generalisering. Dette prinsippet har som mål å overføre de positive forandringene i familien over på andre problemområder/situasjoner. FFT har som mål å etablere relasjoner til ressurser i nærmiljøet, som kan medvirke til å få en permanent forandring i familien og hos ungdommen (U.S. Department of Justice, December, 2000).

## 12.2 FFT kliniske modell:

Figur 8: Den kliniske modellen til FFT har utgangspunkt i *engasjement og motivasjon* (early), *atferdsendring* (middle) og *generalisering* (late) (Alexander, 2001).



(colorado.edu/cspv, 2005)

I den første fasen er engasjement og motivasjon sentralt. I denne fasen ønsker FFT gjennom teknikker å avdekke hvilke følelser og holdninger som ligger i familien ved starten av intervensjonen. FFT jobber mot å øke ønske om å forandre seg i familien og håp om å oppnå en positiv forandring. I denne fasen prøver FFT å redusere negative elementer som ligger i familien (Alexander, 2001).

I den andre fasen står atferdsendring sentralt. På dette nivået er individualiserings- og utviklingsteknikker sentrale, slik som kommunikasjonstrening, grunnleggende oppdragelse opplæring, respons teknikker og lignende (Alexander, 2001).

I tredje fase ligger generaliseringen. Her vil familiens terapeut(e), gjennom den individuelle familiens behov og interaksjon med miljøet rundt, prøve å opprettholde de ressurser som ligger der (Alexander, 2001).

FFT gir gjennomsnittlig 8-12 timer direkte møte med de unge og deres familie. I alvorlige problemtilfeller blir det gitt opp til 26 timer. FFT er fleksible når det gjelder møtene og dens form. Det kan være fra en til to personer i team, til klient i hjemmet, klinikk, ungdomsdomstolen og av og til etterbehandling etter institusjonalisering.

Functional Family Therapy er en stegsmodell, som skal føre til forandringer mest effektivt.

Disse stegene er:

- *Engasjement*: designet til FFT understreker de beskyttelsesfaktorer/styrker som ligger i ungdommen og i familien, som kan føre til positiv forandring. Engasjement er i følge FFT et viktig moment for suksess.
- *Motivasjon*: designet for å forandre atferd og antisosiale overbevisninger, og øke alliansen mellom familiemedlemmene, gi trygghet, håp og motivasjon for langsiktig forandring.
- *Rådgivning*: designet for å klassifisere individets og familiens system, og omliggende sosiale økologiske systemer, spesielt de interpersonale funksjonene for atferd og hvordan de skal relatere forandringsteknikker.
- *Atferdsforandring*: som inneholder kommunikativ trening, spesielle oppgaver og teknisk hjelp, grunnleggende forelderopplæring, kontrakt og responsopplæring.
- *Generalisering*: familiebehandling kjennetegnet med individualisering av hver enkelt i familien. Hva hvert enkelt familiemedlem har av ressurser og hvordan disse kan brukes på andre arenaer enn i hjemmet (Alexander, 2000).

### 12.3 Kontekstkjennetegn – økologi – målgruppe

Functional Family Therapys målgruppe er ungdom i alderen 11 til 18 år som er i faresonen eller har vist kriminalitet, vold, stoffmisbruk, atferdsvansker eller forstyrrende atferdsproblemer. Ungdommene kommer fra ulike etniske- og kulturelle grupper. FFT gir også et tilbud til yngre søsken i familien (U.S. Department of Justice, December, 2000). Risikofaktorene er i hovedsak svak oppdragelse og negativt ladet kommunikasjon innad i familien. Beskyttelsesfaktorene som FFT ønsker å styrke er bl.a. god oppdragelse og positiv kommunikasjon mellom familiemedlemmene (Alexander, 2000).



Familiene som får tilbud om Functional Family Therapy har enkelte ting tilfelles, de kom inn i skolesamtaler, helsesektoren eller rettssystemet. De er ofte sinte, tror lite på løsning av dagens situasjon og motsetter seg behandling (U.S. Department of Justice, December. 2000). Gjennom utarbeidingen av FFT så man et behov for å være sensitiv og kompetent til de ulike behovene familiene har. Det viste seg i denne sammenheng særdeles viktig at terapeuten har forståelse for den situasjonen familien befant seg i. Målet til FFT er mer enn bare å stoppe atferdsvansken, de ønsker også å motivere familiene til å forandre seg, belyse familiens styrker/beskyttelsesfaktorer og styrke disse. FFT kartlegger også problemområdene til familien (U.S. Department of Justice, December. 2000).

#### **12.4 Organisasjonskjennetegn**

Som navnet tilsier har Functional Family Therapy identifisert sitt primærfokus for intervensjonen til familien og de relasjoner som er innad i familien. FFT ønsker å kartlegge familiens risiko- og beskyttelsesfaktorer som ligger i familien, og disse relasjonenes innvirkning på det mangfoldige systemet (functional).

Gjennom hele utviklingen av Functional Family Therapy er et av kravene at det skal føres steg og sted beskrivelser av klinisk endringen og rigorøs evaluering av resultatet. FFT krever også å integrere vitenskap, klinisk og kulturell sensitivitet, klinisk dømmekraft og erfaringer og omfattende teoretiske prinsipper (U.S. Department of Justice, December. 2000).

Fra starten i 1969 har FFT vært et dynamisk klinisk system og programmet har gjennom utviklingen beholdt grunnprinsippene. I slutten av 1990-tallet utviklet Functional Family Therapy seg ytterligere, de omgjorde sine intervensjonspunkter, utviklet en systematisk implementering (U.S. Department of Justice, December. 2000).

I gjennomføringen av programmet ble *"Functional Family Therapy Clinical Services System"* (FFT-CSS) tatt i bruk. FFT-CSS er en web-basert side som blir brukt av FFT terapeuter hvor det blir samlet informasjon om klientene (kontakthinformatjon, demografisk informasjon, tidligere historier osv.), kontakten som har blitt holdt med klientene (besøkene, telefonkontakt, besøksplanen), og evaluerende informasjon (individene, familien, og

atferdsforandringene). Målet med CSS er å øke terapeutens kompetanse og hjelpe terapeuten å holde fokus på de konkrete målene. CSS ønsker også å gi terapeuten umiddelbar tilbakemelding når det oppstår spørsmål eller problemer i behandlingen (Sexton, 2003). CSS har ført til at FFT kan bli karakterisert som en klinisk intervensjonsmodell som inkluderer systematisk opplæring, oppfølging, prosess og analysering av utfallet.

## **12.5 Politisk og samfunnsmessig støtte**

FFT ble implantert i perioden 1998-2002 i USA. Functional Family Therapy intervensjonen har blitt gjennomført i over 90 samfunn og i mer enn 15 stater i USA (Sexton, 2003). I 2000 hadde FFT 50 aktive behandlinger i USA. Det er flere tusen ungdommer og deres familier som går gjennom dette programmet hvert år (U.S. Department of Justice, December. 2000).

## **12.6 Evidens på effektivitet**

Fra 1973 og frem til i dag viser publisert data positive utfall for FFT (U.S. Department of Justice, December. 2000). I Chamberlain (2003) blir det redegjort for studiene som er gjort på FFT. På sent 1970-tallet og tidlig 1980-tallet gjennomførte Alexander med kollegaer ulike studier som tok for seg ungdommer som var involvert i rettsystemet. Målet med forskningen var å forandre på interaksjonen innad i familien, for eksempel ”han er et håpløst barn”. FFT har gjennom de selekterte kriteriene til Blueprints for Violent Prevention bl.a. vist seg å effektivt behandle barn og ungdom med voldelig atferd og annen antisosial atferd, viser opprettholdelse av effektivitet over tid og hindrer arrestrasjoner av ungdommer som får FFT (Alexander, 2000).

### 13.0 MULTIDIMENSIONAL TREATMENT FOSTER CARE

*Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC)* er det tredje programmet jeg ser nærmere på. Dette programmet skiller seg fra de to foregående (MST og FFT) ved at MTFC gjennomfører behandlingen utenfor ungdommens opprinnelige hjem. MTFC er en multisystemisk, klinisk intervensjon som møter ungdommer med en historie av kronisk antisosial atferd og kriminelle handlinger bak seg.

Oregon Social Learning Center (OSLC) startet utprøvingen av MTFC i 1983. Den finansielle støtten mottok de av *State of Oregon, Children's Service Division* (Chamberlain, 2003). Målet var å komme frem til et alternativ til institusjonalisering av unge med alvorlige atferdsproblemer. MTFC skal være en atferdsbehandling for ungdommer som viser kronisk antisosial atferd, emosjonelle forstyrrelser og kriminell atferd. Siden 1983 har over 300 ungdommer gjennomgått denne behandlingen. Ungdom blir henvist til MTFC av Juvenile Justice System, etter at et hjemmebasert tiltak ikke har fungert ([helpingamericasyouth.gov](http://helpingamericasyouth.gov), 2005).

Multidimensional Treatment Foster Care bygger i hovedsak på sosial læringsteori (Bandura 1977). Sosial læringsteori beskriver i hovedsak mekanismer som individer må tilegne seg for å lære passende atferd for ulike sosiale kontekster. Den daglige interaksjonen man finner mellom familiemedlemmer i de ulike familiene og formene, influerer både prososiale og antisosiale atferdsmønstre. Denne læringen tar barnet/ungdommen med seg i andre relasjoner de møter utenfor hjemmet (Chamberlain, 1998, Blueprints).

”Coercive” interaksjon er et viktig begrep hos Bandura. Coercive prosesser står for de negative forsterkningene i hjemmet gjennom interaksjon. Et eksempel er når ungdommen tiltaler en foresatt aggressivt. Dette medfører at den foresatte gjengjelder ungdommen med samme språkbruk (svare med samme mynt) (Chamberlain, 2003).

Målgruppen til Multidimensional Treatment Foster Care er ungdom fra 12 til 17 år. Multidimensional Treatment Foster Care ønsker å gi unge med alvorlige atferdsvansker et tilbud til institusjonalisering. Behandlingstilbudet gir ungdommen tett oppfølging, rettferdige og konsekvente grenser, og forutsigbare konsekvenser når grenser eller regler blir brutt. Det

videre målet er å minske den kriminelle atferden og øke deltakelse i prososiale aktiviteter, inkludert skolen, hobbyer, fritidsaktiviteter og lignende.

### **13.1 MTFC foreldrene**

Ungdommer blir plassert alene eller maks to i en MTFC familie. MTFC foreldrene er en del av behandlingen, sammen med behandlingsteamet og sammen med program personalet. MTFC foreldrene er med å implantere et strukturert og individuelt program for hver av ungdommene som får behandling. Foreldrene blir kontaktet daglig (mandag-fredag) via telefon. Det blir også ført datalogg med ungdommens atferd de siste 24 timene. Eventuelle problemer som har dukket opp blir tatt opp og diskutert, og man gjennomgår planene for neste dag. MTFC foreldrene blir fulgt opp av veileder som koordinerer alle aspekter ved ungdommens behandling. Den nære oppfølgingen er kjennetegnet til MTFC (Chamberlain, 1998, Blueprints).

### **13.2 Intervensjonen**

Ungdommene som får denne behandlingen mottar også hjelp til å kontrollere sin atferd og får terapi som fokuserer på ferdigheter og sosial kompetanse (U.S. Department of Health and Human Services. 2001). Ungdommene lærer hvordan de skal være et positivt element i familien og på skolen. Tett oppfølging av ungdommen, disiplinering og isolering fra kriminelle venner. Ungdommen og familien deltar i et strukturert program. Ungdommens ”reelle” familie får også tilbud om behandling i perioden.

MTFC behandlingen tar for seg ni punkter som de ønsker å fokusere på under behandlingen:

1. Øke ungdommens normative og positive atferd
2. Nært oppsyn med ungdommen hele tiden
3. Nært oppsyn med relasjoner til venner
4. Spesifikke, klare og konsise regler og grenser
5. Konsekvent gjennomføring av konsekvenser i etterkant av både prososial og antisosial atferd.

6. Oppmuntre ungdommen til å utvikle akademiske ferdigheter og positive arbeidsvaner
7. Støtte familiemedlemmer til å øke foreldre kompetansen
8. Redusere konflikter mellom familiemedlemmer
9. Lære ungdommen ferdigheter til å etablere nye relasjoner til prososiale venner og til å styrke relasjonene til voksne støttespillere og rollemodeller.

(Chamberlain, 1998:17 Blueprints).

I MTFC snakker man om et *3 nivå system* i ungdommens hverdag. 3 nivå systemet har som formål å gi ungdommen tilbakemelding på sin progresjon. Poengene blir tjent opp gjennom forventede daglige aktiviteter, slik som å møte opp på skolen, stå opp når de skal, gjøre leksene sine osv. Poengene kan mistes gjennom å svare frekt og brudd på reglene. Poengene som blir tjent opp en dag, gir privileger neste dag. Nivå 1 varer til ungdommen har tjent opp 2100 poeng, det er gjennomsnittlig tre uker. På nivå to blir poengene gruppert i uker, opptjente poeng en uke, gir privileger neste uke. På nivå 3 blir privileger utvidet mer og inkluderer også muligheter for ungdommen til å involvere seg i aktiviteter i nærmiljøet uten direkte voksen oppsyn (Ibid, 1998).

Når behandlingen er ferdig og ungdommen returnerer tilbake til hjemmet, får foreldrene tilbud om oppfølging. Oppfølgingen etter endt behandling gir foreldrene mulighet til å møte andre foreldre ukentlig. Møtene tar for seg ulike foreldre ferdigheter (regler, konsekvenser), tid til å debattere ulike problemer som dukker opp i hjemmet og øvelser/oppgaver foreldrene skal gjennomføre i hjemmet. På møtene har foreldrene manualer "*Success At Home*", som i hovedsak inneholder en leder- og foreldre guide (Chamberlain, 1998:29 Blueprints).

### 13.3 Organisasjonskjennetegn

MTFCs organisasjon er et nettverk av ulike personer med eksakte oppgaver og ansvarsfelt. I Blueprints bok nr 8 (Chamberlain, 1998, Blueprints) finner man en oversikt over sammensetningen av organisasjonen. *Program Director* har hovedansvar for programmet. Hovedoppgavene er finansiering, design og evaluering. Program Director gjennomfører ukentlige møter hvor det er gjennomgang av PDR (Parent Daily Report Checklist) og har ansvar for å gi retning til og videreutvikle MTFC. Under Program Director finner man *Case*

*managers*, disse har god kjennskap til prinsippene i sosial læringsteori. Oppgaven til *Case managers* er å balansere agendaene til de ulike teamene. De har oversikt over ungdommens progresjon og eventuelle problemer som dukker opp. Ansvar for foreldermøtene, korrigere terapi og fosterhjemmene er også viktige deler av jobben som ligger på dette nivået. *Case managers* har også ansvar for en 24 timers krise intervensjon, og skal jevnlig gjennomgå behandlingsplanen. På neste nivå er *terapeutene*. Terapeuter er som regel personer på mastergradsnivå, som har fått trening innenfor familie og individuell terapi. Terapeutene blir veiledet av *Case managers* som de har møter med hver uke. På neste trinn er *MTFC parents*. Disse blir i likhet med terapeutene veiledet av *Case manageren*. De har også daglig telefonkontakt og ukentlige gruppemøter sammen. *Foster parent recruiter* har ansvar for å verve MTFC familier og står for den første screeningen og hjemmebesøket hos de aktuelle MTFC foreldre. Den personen som kontakter MTFC foreldre hver uke via telefon og gjennomgår atferden til ungdommen de siste 24 timene kalles en *PDR caller*. Det er ofte tidligere MTFC foreldre som blir *PDR caller*. Konsultasjoner med MTFC foreldrene er en av hjørnesteinene i programmet. Daglig telefonkontakt er strukturert gjennom bruken av Parent Daily Report Checklist (PDR), et rask (5 min) intervju for å ta opp problemer som har dukket opp i løpet av de siste 24 timene. Til sist har man *MTFC Parent Trainer*. De organiserer og leder opplæringen av potensielle MTFC foreldre og assisterer *Case manager* ved å gi jevnlig konsultasjon og støtte til MTFC foreldre. Dette utgjør i hovedsak MTFC organisasjons struktur.

Familiene i MTFC som blir rekruttert får som nevnt opplæring og tett oppfølging, før, under og etter behandlingen. MTFC foreldrene gjennomgår en 20 timers ”før-opplæring” hvor de gjennomgår behandlingsmodellen. I denne opplæringen får MTFC foreldrene opplæring i en fire stegs metode for å analysere atferden til ungdommen. Under opplæringsperioden blir MTFC bedre kjent med foreldrene og deres bo situasjon, og kan lettere plassere riktig ungdom i riktig familie. Det oppstår også hendelser hvor plasseringen ikke er suksessfull, dette er i følge Patricia Chamberlain spesielt vanlig når familier er MTFC familier for første gang og oppdager at de ikke håndterer problemene som dukker opp når ungdommen har kommet inn i hjemmet. Familien skal gi ungdommen en tett oppfølging hjemme, på skolen og i nærmiljøet.

Når det gjelder voldsbruk hos ungdommen, og hvordan det skal håndteres i hjemmet, får MTFC foreldrene en rekke redskaper og opplæring i hvordan de skal gi ungdommen rom til å roe seg med ”cool off”. MTFC foreldrene er lært opp til ikke å stoppe ungdommen fysisk.

Foreldrene skal ikke være fysisk eller verbalt aggressive mot ungdommen – ikke ta del i han/hennes atferd, som vil forsterke atferden hos ungdommen (sosial læringsteori – Bandura). Ved første møte med voldelig atferd hos ungdommen skal MTFC foreldrene ringe saksbehandleren i MTFC, eller om det er en nødsituasjon skal det ringes den offentlige nødtelefonen (Chamberlain, 1998, Blueprints).

MTFC ønsker aktive foreldre under behandlingen. Ungdommens familie blir oppfordret av terapeuten og saksbehandleren ved MTFC til å ha jevnlig kontakt med MTFC for å få opplysninger om utviklingsprosessen hos ungdommen i fosterhjem. Det er også ønsket at foreldrene kommer med input på hvordan behandlingen er gjennomført, siden de kjenner ungdommen best.

### **13.4 Politisk og samfunnsmessig støtte**

Den politiske og samfunnsmessige støtten er meget viktig også i denne behandlingen. Ungdommen som får Multidimensional Treatment Foster Care har det til felles at de har vært gjennom behandling i hjemmet, som viste seg å ikke fungere.

### **13.5 Evidens på effektivitet**

Evaluerer indikerer at MTFC kan redusere antall dager institusjonalisering, antall arrestasjoner og narkotikamisbruk. Disse tallene bygger på en eksperimentell pre-post test studie med en behandlings- og en kontrollgruppe. Post undersøkelsen ble gjennomført 12mnd. etter intervensjon (U.S. Department of Health and Human Services. 2001).

Den største og mest omfattende studien av MTFC modellen (1990-96) inkluderer evaluering av behandlingsprosessen i like stor grad som utfallet av behandlingen. 79 kriminelle gutter i alderen 12 til 17 år var med i studien (gjennomsnitts alder 13). Kontrollgruppen bestod av gutter i samme alder som fikk behandling i institusjon eller gruppehjem. Evalueringen viser at et år etter endt behandling, hadde MTFC gutter signifikant færre arrestasjoner enn gutter i institusjoner/gruppe hjem (MTFC M=2.6 Gruppehjem M=5.4) (Chamberlain & Reid, 1998).

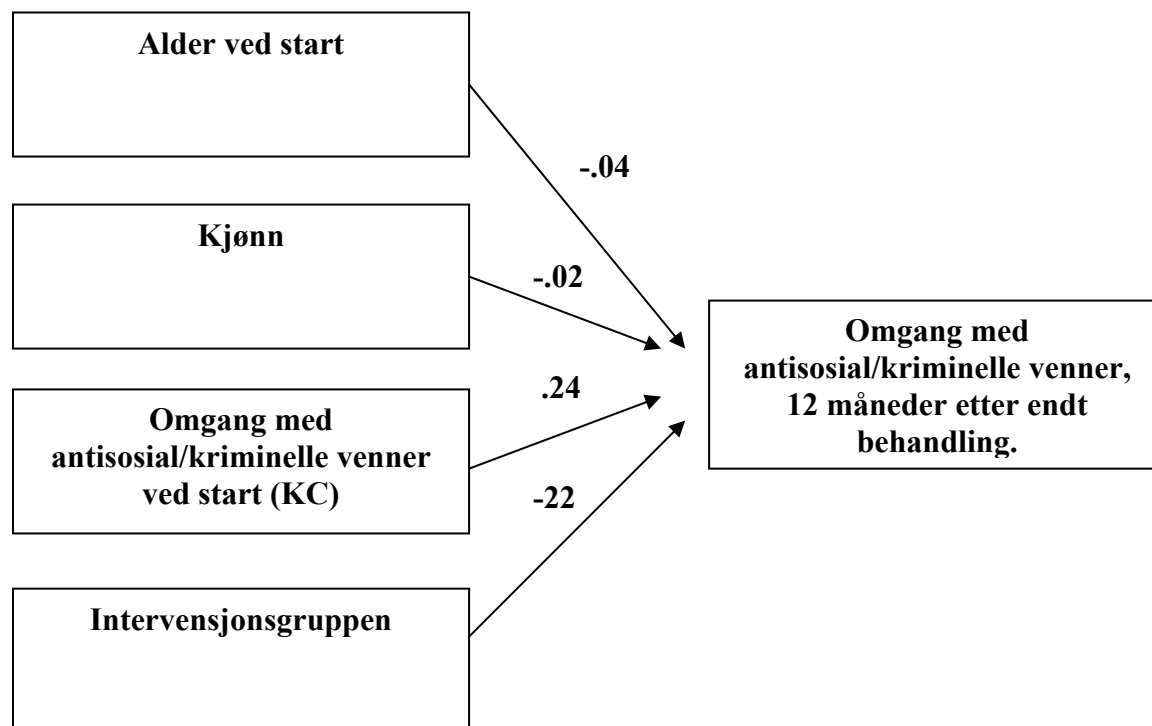
Studien viste også en signifikant forskjell i senere arrestasjoner etter behandling (41 % mot 7 %) og ved selvrapportering indikeres det at MTFC ungdommer har utført færre kriminelle handlinger enn kontrollgruppen 12 måneder senere (U.S. Department of Health and Human Services, 2001; Leve & Chamberlain, 2005; Chamberlain & Reid, 1998).

En annen evalueringsstudie sammenlikner effektiviteten av MTFC med effekt av andre behandlingsprogrammer. Ungdommene i denne studien var i alderen 9 til 18 år og ble rekruttert fra statlige psykiatriske sykehus (*State mental hospitals*). Designet var et randomisert eksperiment. Eksperimentgruppen n = 10: 5 gutter og 5 jenter og kontrollgruppen var n = 10; 3 gutter og 7 jenter. Eksperimentgruppen fikk MTFC behandling og kontrollgruppen ble plassert i institusjoner eller gruppehjem. Kontrollgruppen fikk gruppe og/eller individuell terapi, avhengig av hvor de var plassert. Evalueringen viser at MTFC vs kontrollgruppen, hadde ungdom i MTFC 60 % mindre arrestasjoner 12 måneder etter endt behandling enn kontrollgruppen. De viste også signifikant mindre narkotikabruk. 73% av ungdommen i MTFC gjennomførte behandlingen, i forhold til 36 % i kontrollgruppen. MTFC plassering sparer staten \$10,280 i forhold til institusjonalisering ([helpingamericasyouth.gov](http://helpingamericasyouth.gov), 2005).

Leve og Chamberlain (2005) gjennomførte en studie der de så på omgang med antisosiale venner etter 12 måneder etter endt behandling. Her blir antisosial venner sett på som en viktig og sentral risikofaktor og mediator. Det var 153 ungdommer med i studien, som var anbefalt plassering utenfor hjemmet på grunn av problemer med kronisk kriminalitet og gjengangere i rettssystemet i Oregon. Ungdommen ble fordelt tilfeldig i et eksperiment (MTFC)- og i en kontroll (institusjonalisering) gruppe (KG).



Fig. 9: Intervensjonseffekt på omgang med antisosiale/kriminelle venner:



Ut fra figur 9 ser jeg at kontrollgruppen (KG) har en lav effekt (.24) på redusering av omgang med antisosial/kriminelle venner etter 12 måneder. Intervensjonsgruppen kan vise til en stor effektivitet (-.22) i redusering i omgang med antisosiale/kriminelle venner etter 12 måneder. Studien viste at omgang med antisosial/kriminelle venner er en sterk mediator og risikofaktor hos ungdommer (Leve & Chamberlain, 2005). Med andre ord er det mulig å oppnå en reduksjon av ungdomskriminalitet ved å hindre ungdommen å være sammen med annen antisosial ungdom (se kap. "om mediatorer"). Dette kan gjøres ved å trene ungdommen i sosiale ferdigheter eller ved å plassere dem i fosterhjem (Leve & Chamberlain, 2005).

## 14.0 DRØFTING

I det foregående har jeg tatt for meg tre *multisentrerte* tiltak, de er alle forsøkt på å innarbeide multiple strategier og komponenter for å få en positiv intervensjon, både på individer (barn, unge), familier og skoler (Sørli, 2000).

Multisystemic Therapy (MST), Functional Family Therapy (FFT) og Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC) er mitt utvalg av ”effektive behandlingsprogram”. Jeg skal prøve å drøfte og se om det er noen sammenhenger og likheter mellom dem. Dette på bakgrunn av min problemstilling:

1. Hva kjennetegner effektive behandlingsprogrammer rettet mot voldelige barn og unge
2. Finnes det likhetstrekk/forskjeller mellom de programmene som har vist seg å ha effekt

Jeg ønsker å drøfte disse ulike programmene opp mot punktene, *organisasjonskjennetegn, kontekstkjennetegn- økologi- målgruppe, programkjennetegn og den politiske/samfunnsmessige støtte*. I drøftingen håper jeg å kunne se likheter eller forskjeller på de ulike effektive programmene. Jeg prøver med dette å kan noe om hva som er viktige komponenter i et program for å gjøre det effektivt i behandling av voldsutøvelse hos barn og unge. Punktene jeg har valgt ut er satt ut ifra sider ved et behandlingsprogram som etter min mening er sentrale i å oppnå effekt av programmet.

### 14.1 Organisasjonskjennetegn

Organisasjonene spiller en sentral rolle i MST, FFT og MTFC. Med *organisasjonskjennetegn* mener jeg programmets oppbygning og de oppgavene hvert nivå innehar. Det er mye som peker på at godt organiserte programmer er en styrke i forebygging og behandling av barn og unge med atferdsproblemer. Et av kriteriene for modell programmene til Blueprints for Violent Prevention er at programmene skal kunne gjennomføres suksessfullt i andre miljøer og i andre land. Dette medfører at gjennomføringen og evalueringen må organiseres slik at programmet kan bli gjennomført av andre enn personene som har utviklet programmet.

Ved første øyekast kan det se ut som om dette er en felles likhet i de tre programmene. Alle de tre programmene har en meget synlig og detaljert organisering og en konkret plan for hvordan en intervensjon skal gjennomføres.

Først vil jeg gjennomgå mer detaljert de tre programmene rundt dette punktet.

MST har en sterk og klar organisasjon og er fordelt på ulike nivåer. Et MST-team jobber med familiene. MST teamet består av 3 – 4 terapeuter og en veileder. Det blir gjennomført ukentlige telefon konsultasjoner og ukentlige team veiledninger. Kvartalsvise vedlikeholdsseminarer blir også gjennomført som en viktig del av MST programmet og organisasjonen. Disse jevnlige møtene/samtalene vil kunne gi MST en organisasjon hvor alle nivåene arbeider sammen. Dette gir MST større mulighet til å sikre en intervensjon i tro med programmet.

FFT på sin side har i likhet med MST en klar organisering av programmet og intervensjonen. FFT bruker en web-basert side "*Functional Family Therapy Clinical Services System*" (FFT-CSS). Denne siden blir brukt av terapeuten til å samle informasjon om klienten (kontaktinformasjon, demografisk informasjon, tidligere historier osv.), kontakten som har blitt holdt med klientene (besøkene, telefonkontakt, besøksplanen) og evaluerende informasjon (individene, familien, og atferdsforandringene)(Sexton, 2003). Denne siden opprettholder kommunikasjonen mellom organisasjons nivåene.

MTFC er den av disse tre programmene som klarest definerer de ulike nivåene og de eksakte oppgavene hver person har. Hierarkiet til MTFC består av følgende: *Program Director, Case managers, terapeutene, MTFC parents, Foster parent recruiter, PDR caller*.

Det blir gjennomført daglig telefonkontakt som er strukturert gjennom bruken av Parent Daily Report Checklist (PDR), et rask (5 min) intervju for å ta opp problemer som har dukket opp i løpet av de siste 24 timene. Til sist har man *MTFC Parent Trainer*. De organiserer og leder opplæringen av potensielle MTFC foreldre, de assisterer Case manager ved å gi jevnlig konsultasjon og støtte til MTFC foreldre (Chamberlain, 1998, Blueprints). Hvert nivå har klart definerte oppgaver.

Som tidligere nevnt kreves det et godt organisert program for å kunne bli tatt opp som et Blueprints modell program. Det er kravet om generaliserbarhet som medfører dette. MST, FFT og MTFC viser en sterk organisering, og det er en fremtredende faktor for suksess ved gjennomføring i andre settinger.

Et annet sentralt punkt er *kvalitetssikring* av programmene. Sagt med andre ord det å sikre at de som står for hver enkelt gjennomføringen er tro mot programmet. Kvalitetssikring er med dette en viktig del av programmer som har en vist effekt under selekterte evalueringskrav. Med kvalitet mener jeg at intervensjonen blir fulgt i forhold til programmets grunnprinsipper. Denne kvaliteten kan også sikres gjennom en god organisasjon. MST, MTFC og FFT har jevnlig møter hvor det er samtale mellom terapeuter og veiledere. I en intervensjonssituasjon sikrer dette at terapeuten lettere kan få hjelp til problemer som dukker opp underveis. Det sikrer også at intervensjonen blir gjennomført i samsvar med programmet.

I de tre ulike programmene blir kvalitetssikringen sikret på ulike måter.

MST sikrer at gjennomføring av intervensjonen skjer i den form som er internalisert gjennom ukentlige team veiledninger, ukentlige telefon konsultasjoner, kvartalsvis vedlikeholdsseminarer og 5 dagers grunnopplæring. Det er viktig for å få den viste effekten at alle disse punktene blir gjennomført. I tillegg til de fire punktene gjennomføres det stedsevaluering som skal inn i et målstyringsdokument. Det blir også ført månedlige saksoversikter som går til evaluering av programmet/intervensjonen. Individuelle utviklingsplaner er en sentral del i MST (Raknes, 2005). TAM og SAM skal styrke behandlingsintegriteten til MST. TAM er familiens opplevelse av terapeutens arbeid. SAM er et internt verktøy for team-lederene og teamets utvikling, hvor terapeuten bedømmer arbeidet. Dette er gjennomsnittlig en gang i måneden (Raknes, 2005).

FFT sikrer kvaliteten i intervensjonen gjennom sin kliniske modell. Den kliniske modellen, vist i figur 7, har i hovedsak tre hovedprinsipper: *clinical practice*, *training supervision* og *science*. I forhold til kvalitetssikring av intervensjonen er alle tre sentrale, men sikringen i selve intervensjonsfasen er oppfølging under opplæringen av terapeutene viktig. FFT sin web-basert side sikrer også intervensjonen, den gir kommunikasjon mellom de ulike nivåene i organisasjonen.

MTFC har i denne sammenhengen den mest omfattende og detaljerte organiseringen. Som tidligere nevnt består hele MTFC programmet av ulike nivåer med spesifikke oppgaver. Troskap til programmets teoretiske grunnlag, har MTFC *Case managers* som en av sine oppgaver. MTFC *Program Director* har ukentlige møter hvor PDR (Parent Daily Report Checklist) blir gjennomgått. Terapeutene blir veiledet av *Case manager*.

Ut ifra det jeg har redegjort for her, er det klart at de tre programmene har en likhet i et omfattende og bevisst forhold til evaluering og kvalitetssikring av intervensjonen. Kvalitetssikring av programmene er viktig for å kunne gi styringsmyndigheter den nødvendige trygghet for å ønske å gjennomføre programmet.

## 14.2 Kontekstkjennetegn – Økologi - Målgruppe

Kontekst - økologi - målgruppe er også viktig å se nærmere på for å kunne fastslå mulige likheter mellom programmene.

FFT, MST og MTFC har ulike perspektiver når det gjelder karakteristikker på *målgruppen*. Men de har alle omtrent den samme aldersgruppen (MST 12-17 år, MTFC 11-17 og FFT 11-18 år) som mål for sin intervensjon.

Hovedfokuset til de tre programmene varierer noe. FFT har hovedfokus på familien og de relasjoner som ligger intern der, mens MST fokuserer på et hvert sosialt økologisk system barnet/ungdommer er i kontakt med. De går inn i sosialøkologiske systemer slik som vennegjenger, skole, nærmiljøet etc. MTFC fokuserer på barn og unge som har en lang historie av vold og kriminalitet bak seg, og hvor det allerede har blitt forsøkt behandlingstiltak i hjemmet. MTFC plasserer barna i MTFC familier. MTFC familier er familier som består av MTFC foreldre som har gjennomgått opplæring i MTFC retningslinjer og grunnteorier.

MST har meget konkrete inklusjonskriteriene for programmet, og meget konkrete eksklusjonskriteriene. Dette gjelder i hvert fall i Norge (Raknes, 2005). I eksklusjonskriteriene ligger det at en viktig del av intervensjonen er foreldre eller foresatte. Er dette ikke til stede kan ikke intervensjonen bli gjennomført. Det skal ikke utføres annen

behandling, og ungdommen skal ikke utgjøre en fare i hjemmet eller for terapeuten. MST blir heller ikke satt inn om barnet eller ungdommen er under utredning av det kommunale barnevernet (Raknes, 2005). Disse eksklusjonskriteriene medfører at man ender opp med en gruppe barn og ungdommer som ikke kan få MST tilbudet. I tillegg til inklusjonskriteriene til MST er det en konsentrert gruppe barn og ungdommer som kan få dette tilbudet. Dette kan mulig gi MST en behandlingsgruppe som består av ”enklere” ungdommer enn de andre to intervensjonene.

Alvorlig voldsutøvelse etc. er et av karakteristikkene for ungdommene i FFT og MTFC det vil automatisk gjør at de defineres som farlige i hjemmet. I FFT er foreldrene eller de foresatte i utgangspunktet negative til behandling og har et dårlig forhold til hjelpeapparatet.

FFT behandler barn og unge i alderen 11 til 18 år som befinner seg i risikozonen eller har startet med kriminelle handlinger. Disse er karakterisert ved voldsutøvelse, narkotikamisbruk, de viser alvorlig problematferd og en rekke annen antisosial atferd (Alexander, 2000). I likhet med MST har FFT hele familien som målgruppe for sin intervensjon.

Målgruppene til de ulike programmene er i stor grad homogene. Alle programmene tar for seg barn og ungdommer som befinner seg i risikozonen eller allerede har startet med ulike former av antisosial atferd. Voldsutøvelse er en sentral inkluderingsfaktor hos MST, FFT og MTFC.

Det kan teoretisk sett tenkes at noen av de ulike intervensjoner fungerer bedre for *tidlig startere* og andre intervensjoner bedre for *sen startere*. Som jeg har redegjort for tidligere er det ulike risikofaktorer som er gjeldene for de ulike gruppene. Når jeg ser dette opp mot emosjonelle og instrumentelle voldsutøvere, vil antakeligvis intervensjonene passe bedre til instrumentelle voldsutøvere enn emosjonelle. Dette er på grunn av at intervensjonen er designet for å ta vekk fordelene utøverne oppnår ved kriminalitet (negativ forsterkning).

Ut fra begrepene tidlig- og sen startere vil disse programmene favne både tidlig og sen startere. Ingen av programmene har målgruppe under 11 år, og dermed faller de utenfor definisjonen ”forebygging” for tidlig startere. Programmene kan behandle tidlig startere og sen startere, og i noen grad forebygge sen startere. Ut fra de longitudinelle studiene, i kap. 7.0, kom det frem at ”hovedtoppen” for start av voldsutøvelse var 16 år. På bakgrunn av dette har

MST, FFT og MTFC en meget gunstig målgruppe for sine programmer: MST 12-17 år, FFT 11-18 og MTFC 12-17 år. Alle de tre programmene kan sees på som sekundær- og tertiær programmer.

*Risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer* er sentrale for å få en effektiv intervensjon. Ved å kunne kartlegge de ulike risikofaktorene og de kausale sammenhengene, vil man lettere unngå å rette intervensjonen mot variable markører. De fem ulike interaksjonene som risikofaktorene kan opptre i er også et viktig perspektiv. Klarer man å identifisere Proxy (fullstendig), overlapping, uavhengig risikofaktor, mediator og moderator variabler, vil det gi en pekepinn på hvor intervensjonen skal settes inn og på hvilke områder det er mulighet for forandring?

MST har et sterkt fokus på beskyttelsesfaktorer som ligger i og rundt barnet eller ungdommen. MST ønsker å utlade risikofaktorer, og styrke beskyttelsesfaktorene. Risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer som ligger i og rundt barnet og ungdommen er mulige intervensjonsområder. Om for eksempel ungdommen omgir seg med antisosiale venner, er det et mål i MST å få ungdommen bort fra dette miljøet og inn i et miljø bestående av prososiale venner. MST kartlegger de beskyttelsesfaktorene som kan være aktuelle og som allerede i noen grad finnes, og ønsker å opprette eller styrke disse.

FFT har i likhet med MST fokus på beskyttelsesfaktorene, noe som er gjeldende for flere av dagens forebyggings- og behandlingsmetoder (Ogden, 2001). Functional Family Therapy har familien som hovedfokus, og ønsker å rette intervensjonen inn på forhold og problemer som ligger i familien. FFT vektlegger beskyttelsesfaktorer som ligger i å utvikle et positivt familie miljø og positive relasjoner mellom familiemedlemmene.

Multidimensional Treatment Foster Care ønsker å redusere flere risikofaktorer ved å flytte ungdommen ut av hjemmet og inn i fosterhjem. Formålet er også å øke beskyttelsesfaktorer ved å plassere ungdommen inn i et hjem bestående av spesialtrente MTFC foreldre. MTFC vektlegger beskyttelsesfaktorer som tilsyn, grenser, konsekventhet og positiv forsterkning.

De ulike moderatorene kan opptre i, varierer fra intervensjon til intervensjon og lar seg ikke lett bli konkretisert her.

### 14.3 Programkjennetegn

Programkjennetegn er en sentral faktor når jeg ser på likheter og fellesnevner. Under programkjennetegn ønsker jeg å se på, omfang, intensitet og teorigrunnlaget til programmene.

Som tidligere nevnt har alle de tre programmene konkrete og avgrensede *inkludjonskriterier*. Inkludjonskriteriene medfører til en viss grad at det er en homogen gruppe som får tilbud om behandling. Et felles hovedmoment for de tre programmene er motivasjon.

De er alle intervensjonsprogrammer og er mer behandlingsprogrammer enn forebyggingsprogrammer. FFT hevder å både være et forebyggende og et behandlingsprogram (sekundær og tertiær), FFT har en behandling som bygger på system-, atferds- og kognitive perspektiver (Alexander, 2001).

Det er mange likheter mellom MST og FFT, selv om det er to ulike fremgangsmåter for familiene. Programmene har sitt grunnlag basert på konsekvente og systematiske prinsipper. Programmene er mye mer enn en "kokebok" (Sexton, 2003).

Et hovedelement i programmene MTFC og MST er å forhindre kontakt med andre antisosiale og kriminelle venner. Videre vektlegges det å stimulere forhold til prososiale jevnaldrene, som er en moderator. På dette feltet tenker MTFC og MST ulikt i forhold til andre behandlings alternativer. Ett av målene for MST er å hindre at barn og unge blir plassert utenfor hjemmet. MTFC kommer inn etter at et barn eller ungdom har blitt tatt ut av familien. Gjør dette at ungdommen i de ulike tiltakene er systematisk ulike? Kanskje en gruppe ungdommer kan profiterer bedre på behandling utenfor hjemmet, mens andre profiterer bedre på behandling i hjemmet.

I hvilket *omfang* og med hvilken *intensitet* de ulike intervensjonene blir gjennomført er også sentrale momenter. Har de tre ulike programmene likheter i forhold til omfanget og intensiteten i intervensjonene?



FFT har en behandlingsramme på ukentlig basis. Hvert møte har en varighet opp til en time. Gjennomsnittlig varer behandlingen i seks måneder. Behandlingen kan også fortsette til terapeuten og familien i fellesskap konkluderer med at behandling er overflødig (Alexander, 2001).

På den annen side varer MST intervensjonene i gjennomsnitt fire måneder, med en gjennomsnitts kontakttid med terapeut på 30 timer. Terapeuten er tilgjengelig for familien når og hvor det måtte passe familien best. Hvert møte varer i ca 15 til 90 minutter (Eddy, 2001)

Multidimensional Treatment Foster Care varer i hovedsak i 6 måneder. I fosterhjemmet får barnet/ungdommen oppfølging av opplærte og trente fosterforeldre. Behandlingen i hjemmet består konsekvent av disiplin og positiv forsterkning. Barna eller ungdommen blir returnert til hjemmet etter at foreldrene har fått opplæring i foreldrerollen og barnet/ungdommen har gjennomført korte opphold i hjemmet til opplæring er blitt suksessfullt gjennomført. Det blir tilbudt oppfølging og støtte til familien etter at barnet eller ungdommen har flyttet hjem (Taylor m.fl. 1999).

Omfanget varierer fra fire måneder (MST), seks måneder (MTFC) og/eller til det blir besluttet av foreldre og terapeuten at behandlingen skal avsluttes (FFT). Intensiteten i behandlingen er høy og det er tett oppfølging av klientene. Kriteriet om *vist langtidseffekt* til Blueprint for Violent Prevention, er et viktig krav for å bli karakterisert som modell program. Behandlingen er relativt kort med intensiv (MST og MTFC), men har vist seg gjennom evaluering å opprettholde effekt etter 12 måneders postsjekk.

*Grunnteoriene* til Multisystemic Therapy, Functional Family Therapy og Multidimensional Treatment Foster Care, er viktige å sammenlikne. Om programmene kommer fra samme grunnteori vil det medføre flere fellesnevner for programmene.

MST bygger i hovedtrekk på Bronfenbrenners sosial økologiske modell og Bertalanffys generelle systemterapi og teorier om familiesystemer. Det er alle de arenaene barnet eller ungdommen omgir seg med som kan bli arena for intervensjonene. MST kombinerer ulike atferds og tradisjonelle intervensjons fremganger. I hovedsak består behandlingene i intervensjonene av tradisjonell familieterapi, opplæring av atferdsendring til foreldrene, ferdighetstrening og samlivsterapi (Taylor m.fl. 1999). De ulike strategiene som blir brukt i de

ulike intervensjonene tar utgangspunkt i familiens- og ungdommens situasjon, de ulike problemområdene.

Chamberlain og kollegiene utviklet MTFC som et annet multi-fokusert alternativ til intervensjon. MTFC kombinerer opplæring av atferdsendring til foreldrene og fosterhjem, som en vei til behandling av antisosiale/kriminelle barn og unge (Taylor m.fl. 1999).

FFT fokuserer på sosialøkologiske systemer, og legger Bronfenbrenners modell som en av grunnteoriene til grunn. Kognitive teorier er også sentrale i FFT. FFT har den kliniske modellen som utgangspunkt for programmet. Ut fra den kliniske modellen kombinere FFT etablert klinisk teori, empiriske prinsipper og omfattende kliniske erfaringer.

Med utgangspunkt i grunnteorier har de tre programmene sosialt økologiske perspektiv. De bruker teorier som åpner for muligheter for endring. Det vil si teorier som ikke har et negativt utviklingsperspektiv.

Alle de tre programmene legger også en sosial kognitiv teori til grunn. Den sosiale konteksten som er sentral i MST, FFT og MTFC, tar for seg hvordan kognitiv utvikling skjer i denne konteksten. Negativ attribusjonsmønster, selvkontroll, sosialferdighetstenkning og interpersonlig problemløsning, er sentrale begreper i programutvalget mitt. Viktigheten av å gi barn og unge et godt og trygt sosialt miljø rundt seg fremmer en god utvikling. Dette fungerer også som en beskyttelsesfaktor for barnet eller ungdommen.

#### **14.4 Politisk og samfunnsmessig støtte**

For å kunne gjennomføre et intervensjonsprogram er det behov for en politisk og samfunnsmessig støtte. For å oppnå denne støtten er det behov for at programmet kan vise til effektivitet.

De psykologiske og økonomiske kostnadene vil øke for antisosiale barn og ungdom som ikke får tilbud om forebygging eller behandling. Barn og unge med antisosial atferd representerer ikke bare hoveddelen av de som blir henvist til institutter for mental helse, men også en stor

del av dem mottar spesialundervisning i skolen. Effektive programmer reduserer kostnadene på mange ulike nivåer (Taylor m.fl, 1999).

Jeg kan på bakgrunn av det konkludere med at det er sentrale faktorer som er gjeldende for at et program skal kunne vise seg gjennom evaluering å være effektiv, under de forutsetningene jeg la til grunn i problemstillingen.

## 15.0 KONKLUSJON

Med utgangspunkt i mine to problemstillinger har jeg studert relevant litteratur og studier. Jeg har sett noen likheter mellom effektive behandlingsprogrammer, men jeg hadde håp om å kunne konkludere med flere spesifikke likheter og forskjeller mellom dem enn det jeg fant.

### 15.1 Hva kjennetegner effektive behandlingsprogrammer rettet mot voldelige barn og unge?

Jeg har tatt for meg hvilke prosesser som må avdekkes for å oppnå effekt, samt noen av de mest sentrale teoritradisjonene på dette feltet. Et mulig kjennetegn kan være hvordan effektive behandlingsprogrammer fokusere mye på risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer. Kartlegging av disse gir dem en orientering i miljøet rundt barnet eller ungdommen. Ved å sette inn intervensjon på manipulerbare risikofaktorer kan det ser ut som det kan oppnås mer effektive resultater.

Jeg tror at differensieringen i intervensjons tidspunkt også er et viktig kjennetegn for effektive behandlingsprogrammer. Kartlegging av barnets eller ungdommens start og voldsbane, vil gi programmet større sannsynlighet for sette inn riktig intervensjonen i rett tid.

Ulike oversikter gir ulike lister over ”modell” og ”prøvde/promising” programmer. Grunnen til dette er:

- (1) de ulike oversiktene fokuserer på ulike utfall; og
- (2) på grunn av at de setter inn ulike kriterier i screening prosessen av programmer.

På toppen av promising pyramiden er det et lite antall programmer som er på alles liste. Disse programmene er vel dokumenterte og vel evaluerte. Programmene har igjen og igjen vist seg å ha en signifikant positiv effekt for flere utfall og de har utviklet effektive strategier for spredning og kopiering/reprodusering. På bunnen av pyramiden finner man de programmene som aldri har blitt evaluerte. I midten av pyramiden finnes de programmene som har vist noe evidens som støtter dens utsagn om effektivitet, iallfall en gang (Greenwood, 2004).

## **15.2 Finnes det likhetstrekk/forskjeller mellom de programmene som har vist seg å ha effekt?**

Blueprints for Violent Prevention benyttet jeg videre for å avdekke hva som kjennetegner de programmene som har oppnådd effekt i evalueringsstudier utført etter strenge vitenskapelige kriterier. Jeg fant spesielt tre programmer som passet ut fra hvordan jeg har avgrenset oppgaven min; Multisystemic Therapy, Functional Family Therapy og Multidimensional Treatment Foster Care.

Jeg har gjennom studiet kommet frem til følgende punkter:

1. De tre behandlingsprogrammene har en sterk og veldefinert organisering av programmet.
2. Målgruppene har mange av de samme karakteristikene.
3. Omfang og intensiteten er i stor grad lik, kjennetegnes ved relativt kort og intensiv behandling av klientene.

Effektive behandlingsprogrammer har fått politisk og samfunnsmessig støtte som følge av de gjennom evalueringer kan vise til effektivitet.

Mitt utvalg av effektive programmer har ikke skilt mellom individer med BIS/BAS, eller om individet har en instrumentell eller emosjonell form for voldsutøvelse. Det er i den sammenheng mulig at en individualisering av behandlingstiltakene ville gitt en enda større effekt (Bjørnebekk, 1998). Dette er en problemstilling det vil være viktig å forske på i fremtiden. Spesielt om tiltakene også skal nå de vanskeligste casene og alle ulike former for voldsutøvere (f. eks. emosjonelle og instrumentelle).

## Litteraturliste:

Aftenposten 23.01.2006

Atkinson, R.L., Atkinson, R.C., Smith, E.E., Bem, D.J., Nolen-Hoeksema, S. (1996)  
Hilgards Introduction to Psychology. 12 ed. Harcourt Brace College Publishers.

Alexander, J. (2000). Blueprints for Violent Prevention, Book Three, Functional Family Therapy. Venture Publishing, Golden, Colorado.

Baker, Philip, (1992). Basic Family Therapy. Third Edition. Blackwell Scientific Publications.

Bandura, A., (1977). Social Learning Theory. Prentice – Hall, Inc., Englewood Cliffs, N.J.

Baron, R.M. & Kenny, D.A. (1986). The moderator- mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. Jurnal of Personality and Social Psychology, 51, 1173-1182.

Berkowitz, L. (1993). Aggression : its causes, consequences, and control. New York : McGraw-Hill.

Bjørge, T., Carlsson, Y. (1999) Vold, rasisme og ungdomsgjenger. Forebygging og bekjempelse. Tano Aschehoug.

Bjørnebekk, G. (2006). Forelesning 07.02.06 ved Pedagogikk forsknings institutt.

Bjørnebekk, G. (1998). VOLD, Forklaring og forebygging. Hovedoppgave i pedagogikk, forskningsinstitutt, UIO.

Bjørnebekk, R. (2004) Ute av kontroll - om veier til vold. P2 – akademiet, NRK (foredrag, 22. og 24. april 2004) [http://nrk.no/programmer/radio/p2\\_akademiet/3726185.html](http://nrk.no/programmer/radio/p2_akademiet/3726185.html)

Bø, Inge (1989). Barnet og de andre. Nettverk som pedagogisk og sosial ressurs. TANO A/S.

Carver, C.S., White, T.L. (1994) Behavior Inhibition, Behavior Activation, and Affective Responses to Impending Reward and Punishment: The BIS/BAS Scales. Journal of Personality and Social Psychology. Vol: 67 (2), August 1994, p. 319-333.

Caplan, G. (1964). Principles of Preventive Psychiatry. Basic Books, Inc., Publishers.

Chamberlain, P. (1998) Blueprints for Violence Prevention. Book Eight. Multidimensional Treatment Foster Care. Venture Publishing, Golden, Colorado, C & M Press, Devner, Colorado.

Chamberlain, P. (2003) Treating Chronic Juvenile Offenders. American Psychological Association. Washington, DC

Chamberlain, P., Reid, J. (1998). Comparison of Two Community Alternatives to Incarceration for Chronic Juvenile Offenders. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66(4): 624-633, 1998.

Colorado.edu/cspv (2005); <http://www.colorado.edu/cspv/blueprints> (11.12.05)

Colorado.edu/ibs (2005); <http://www.colorado.edu/ibs/NYSFS/> (11.12.05)

Deutroligearene.no (2006); <http://deutroligearene.no> (15.05.06)

Dishion, T.J., Dodge, K.A. (2005). Peer Contagion in Interventions for Children and Adolescents: Moving Towards an Understanding of the Ecology and Dynamics of Change. Journal of Abnormal Child Psychology. Vol. 33, No. 3. June 2005. Pp. 395-400.

Eddy, J.M. (2001). Conduct Disorders. The Latest Assessment and Treatment Strategier. Third Edition. Compact Clinicals.

Elliot, D.S., Hamburg, B.A., Williams, K.R. (1998). Violence in American Schools. Cambridge University Press.

Gelles, R.J., (1997) Intimate Violence in Families. Third Edition. Sage Publications.

Gjelsvik, B., (2003) Forebygging av psykiske forstyrrelser – en kritisk analyse.

Hovedoppgave ved Psykologisk institutt, UIO

Greenwood. Targeted Family Interventions, i Devine, J., Gillian, J., Miczek, K.A., Shaikh, R., Pfaff, D. (2004). Youth Violence, Scientific Approaches to Prevention. New York Academy of Sciences.

Helland, H.(1998) Forebygging av problematferd blant ungdom. NOVA rapport 17/98

Helpingamericasyouth.gov (2005) <http://www.helpingamericasyouth.gov> (11.12.05)

Henggeler, S.W., Schoenwald, S.K., Borduin, C.H., Rowland, M.D., Cunningham, P.B.

oversatt av Johan Eide. (2000) Multisystemisk behandling av barn og unge med atferdsproblemer. Kommuneforlaget.

Henggeler, S.W., (2001) Blueprints for Violent Prevention, Book Six, Multisystemic Therapy. Venture Publishing, Golden, Colorado.

Herrebrøden, M.K. (2006). Familievold – Konsekvenser for barn. Masteroppgave i Pedagogisk Psykologisk Rådgivning. Pedagogisk forskningsinstitutt, Universitetet i Oslo.

Kaland, N. (2006). Ungdom og Vennskap: Hvorfor har ungdom som er kognitivt ”annerledes”, vansker med å etablere og opprettholde vennskapsrelasjoner til typisk ungdom? Norsk pedagogisk tidsskrift. 3/2006.

Kraemer, H. C., Stice, E., Kazdin, A., Offord, D., Kupfer, D. (2001). How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors. American Journal of Psychiatry, 158, 848-856



Leve, L.D., Chamberlain, P. (2005). Association with Delinquent Peers: Intervention Effects for Youth in the Juvenile Justice System. Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 33, No. 3, June 2005, pp. 339-347.

Loeber, R. og Farrington, D.P. (1998). Serious & Violent Juvenile Offenders. Risk Factors and Successful Interventions. SAGE Publications

Lund, T. (1997). Kausal metodologi: en kortfattet og enkel introduksjon. Rapport nr. 7, 1997, Universitetet i Oslo, Pedagogisk forskningsinstitutt.

Lund, T. (red), Kleven, T.A., Kvernbekk, T., Christophersen, K-A. (2002). Innføring i forskningsmetodologi. Unipubforlag.

Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. Psychological Review, 100, 674-701.

Offord, D.R. & Bennett K.J. (2002): Prevention. I Rutter M., and Taylor E., Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches, 4th Edition. Blackwell Scientific Publications (2002).

Offord, D. R. & Kraemer, H. C. (2000). Risk factors and prevention. Evidence-Based Mental Health. 3, 70-71

Ogden, T. (2001). Sosial kompetanse og problematferd i skolen. Oslo: Gyldendal akademisk

Ogden, T. i Henggeler, S.W., Schoenwald, S.K., Borduin, C.H., Rowland, M.D., Cunningham, P.B. oversatt av Johan Eide. (2000) Multisystemisk behandling av barn og unge med atferdsproblemer. Kommuneforlaget.

Ogden, T., Halliday-Boykins, C. (2004). Multisystemic Treatment of Antisocial Adolescents in Norway: Replication of Clinical Outcomes Outside of the US. Child and Adolescent Mental Health. No 2, Volum 9, pp 77-83.

Patterson, G.R., (1990). Depression and Aggression in Family Interaction. Oregon Social Learning Center. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Pervin, L.A., Cervone, D., John, O.P. (2005). Personality, Theory and Research. John Wiley & Sons, Inc.

Raknes, I. (2005) Nasjonal konferanse, Implementering – hvordan få tiltak til å virke? Atferdssenteret. 1.-2. november 2005.

Rutter, M. & Rutter, M. (2000). Den livslange udvikling – forandring og kontinuitet. Hans Reitzels Forlag.

Sexton, T., Weeks, G.R., Robbins, M.S. (2003). Handbook of Family Therapy. The Science and Practice of Working with Families and Couples. Brunner – Routledge, New York and Hove

Ssb.no, 2006; <http://www.ssb.no/emner/03/03/10/barnevernf/> (15.05.06)

Stenersen, R., Jensen, C. VG.no, 2005; <http://www.vg.no/pub/vgart.hbs?artid=109218> (07.02.06)

Stene, R.J. (2003). Barn og unge inn i rettssystemet. Kriminalitet blant barn og unge. Del 1. Statistisk sentralbyrå, notater 2003/13. Avdeling for personstatistikk/Seksjon for levekårsstatistikk, Emnegruppe: 03.05.

Stene, R.J. (2005). Ung utsatt og tatt. Statistisk sentralbyrå  
<http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/200504/12/index.html> (05.04.06)

Svartdal, F. og red. (1995). Innføring i psykologi. Studieveiledning og kommentarer. NKI Fjernundervisning.

Sørli, Mari-Anne. (2000). Alvorlige atferdsproblemer og lovende tiltak i skolen. Praxis Forlag.

Taylor, T.K., Eddy, J.M., Biglan, A. (1999). Interpersonal Skills Training to Reduce Aggressive and Delinquent Behavior: Limited Evidence and the Need for an Evidence-Based System of Care. Clinical Child and Family Psychology Review. Vol. 2, No. 3, 1999

Toland, P.H., og Gorman-Smith, D. (1998). Development of serious and violent offending careers. I Loeber, R. og Farrington, D.P. Serious and violent juvenile offenders: Risk factors and successful interventions. (s. 68-85) Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

U.S. Department of Justice. Juvenile Justice Bulletin. Functional Family Therapy. December 2000.

U.S. Department of Health and Human Services. (2001). Youth Violence: A Report of the Surgeon General.